

perspective infirmière

janvier / février / 2018 / vol. 15 / n° 1



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Le sens des cris des personnes
atteintes de la maladie
d'Alzheimer

Répondre au besoin d'information
des patients et de leurs proches

2-ACFA

Le syndrome coronarien aigu

CONGRÈS **OIIQ** 2017



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées^{MC}

**On s'occupe
de vos finances.**

**On vous laisse
le soin des
patients.**



**Économisez jusqu'à 1 020 \$*
annuellement.**

Adhérez au forfait exclusif
pour les infirmier(ère)s.

bnc.ca/infirmier

Fière partenaire de:



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. Le forfait constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MD} ou *World Elite*^{MD} *Mastercard*^{MD} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 024 \$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur du forfait. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur du forfait qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait *Virtuose*^{MD}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire *Tout-En-Un* Banque Nationale^{MD} avec un solde annuel courant de 150 000 \$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 \$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait *Virtuose* (économie annuelle de 299 \$), plus un rabais annuel de 0,25 % sur le taux de la marge *Tout-En-Un* (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00 % sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie du forfait, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. ^{MC} RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Incorporated, employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MD} VIRTUOSE et TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. © 2017 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

ÉDITORIAL

- 7 Des avancées pour la profession infirmière



PORTRAIT

- 9 Clémence Dallaire
Insigne du mérite



EN BREF

- 13 **Sherpa**
Ressource pour les infirmières en soins interculturels
- 14 **Fibrose kystique**
Dépistage chez les nouveau-nés
- 15 **Suicide**
Le rôle infirmier dans la prévention
- 17 **Vaccination**
Conseils aux parents pour préparer leurs enfants
- 17 **STAT** Analgésie dextrosée

MYTHES ET RÉALITÉS

À propos des études aux cycles supérieurs en sciences infirmières

- 18 Questions
77 Réponses

FONDATION DE L'OIIQ

- 19 Infirmières et infirmiers en pédiatrie sociale



INNOVATION CLINIQUE

Grands Prix Innovation clinique
Banque nationale 2017

- 22 **Montréal/Laval**
Gestion du stress et de l'anxiété en psychiatrie
- 23 **Outaouais**
Pour les femmes vivant une fausse couche et leur partenaire

PRATIQUE CLINIQUE

- 24 **Périnatalité**
Positionnement thérapeutique, modes de déplacement et modes de portage des bébés
- 33 **Communication**
Répondre au besoin d'information des personnes qui ont une maladie chronique

20 ET 21 NOVEMBRE

CONGRÈS OIIQ
2017



- 51 Profession infirmière, profession affirmée
- 52 Assemblée générale annuelle
- 53 Sylvie Dubois : leadership et collaboration
- 54 Pour une collaboration intraprofessionnelle optimale
- 55 Ordonnances collectives
- 55 Code de déontologie
- 56 « Cessons d'effectuer des activités qui ne nous appartiennent pas »
- 56 Communications par affichage
- 57 Symposium de la collaboration en santé
- 60 « Nous sommes des héros de tous les jours »
- 60 Linda Morneault, prix Mérite du CIQ

VOS ARTICLES DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

2-ACFA



- 38 **Syndrome coronarien aigu (SCA) et rôle de l'infirmière dans le continuum de soins**
1^{re} partie : la phase aiguë du SCA



- 61 **Douleur aiguë pédiatrique : de l'urgence à l'unité de soins**

RECHERCHE

- 27 Maladie d'Alzheimer**
Le sens des cris



- 46 Prescription infirmière**
Soutenir son déploiement dans les milieux cliniques
- 68 Irrigation transanale**
Soins intestinaux aux blessés médullaires

TECHNOLOGIES

- 72 Services cliniques en télésanté**

SURVOL

- 74 Soins aux nouveau-nés**
Du sucre pour atténuer la douleur

PHARMACOVIGILANCE

- 75 Éluxadoline**
Nouveau traitement du syndrome du côlon irritable avec diarrhée

SANTÉ FINANCIÈRE

- 76 Chauffage et éclairage**
Peut-on réduire les coûts?

LE SERVICE DE CONSULTATION PROFESSIONNELLE VOUS RÉPOND

- 78 Dépistage des ITSS**

perspective infirmière



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

POUR NOUS JOINDRE

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

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

PUBLICITÉ

Julie Diamond Communications
Courtier publicitaire
Avec la collaboration d'AGC Communications
514 509-9118
partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT

Anne-Marie Gagnon

Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Téléc. : 514 935-3770

www.oiiq.org

TARIFS pour 1 an – Canada : 16,28 \$ taxes applicables comprises, autres pays : 73 \$ Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites au « Programme Appartenance » reçoivent un abonnement.

DIFFUSION

78 486 copies (CCAB/BPA : septembre 2017)



DÉPÔT LÉGAL 2017

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1708-1890
Répertorié dans *Repère*, *PubMed*, *Cinahl* et *BDSP Pascal*
N° d'enregistrement 9790
Parution : janvier 2018
Convention de la Poste-publications
N° 40062569

Présidente de l'OIIQ

Lucie Tremblay

Directrice, Communications et affaires publiques
Colette Ouellet

RÉDACTRICE EN CHEF

Caroline Baril

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

Nathalie Boëls

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ

Direction Développement et soutien professionnel

Joël Brodeur, infirmier, Directeur
Chantale Desbiens, infirmière, Directrice adjointe à la pratique infirmière
Martine Lafleur, infirmière, Conseillère à la qualité de la pratique
Jérôme Ouellet, infirmier, Conseiller à la qualité de la pratique
Marie-Eve Arsenault, infirmière, Conseillère à la consultation professionnelle
Maud Papin, Coordinatrice au programme de formation continue

RÉVISEUR LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Marlene Lavoie

CONCEPTION DE LA GRILLE GRAPHIQUE

Oblik Communication-Design

GRAPHISME ET MISE EN PAGES

Gaétan Venne

IMPRIMEUR

Norecob

COLLABORATEURS

Dalila Benhabrou-Brun
Anne Bourbonnais, inf., Ph. D.
Isabelle Brault, inf., Ph. D.
Olivier Champion
Christian Dagenais, Ph. D.
Andrée-Anne Desjardins, inf., M. Sc. (c.)
Francine Ducharme, inf., Ph. D.
Lise Fillion, inf., Ph. D.
Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (c.)
Maryse Grégoire, inf., M. A.
Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSC
Julie-Alexandra Langué Dubé, B. Sc., M. Sc.
Andréane Lavallée, inf., Ph. D. (c.)
Jérôme Leclerc-Loiselle, inf., M. Sc., Ph. D. (c.)
Yves Lessard, inf. (STAT)
Marie-Josée Martel, inf., Ph. D.
Annabelle Mathieu, inf., M. Sc.
Diego Mena Martinez, M. A.
Denis Méthot
Isabelle Milette, IPSNN
François Paquet, md (STAT)
Geneviève Paquette, inf., M. Sc.
Denyse Perreault
Josiane Quirion, inf., M. Sc.
Guy Sabourin
Lyse Savard
Daphney St-Germain, inf., Ph. D.
Gina Therrien, inf.

PAGE COUVERTURE

© De Visu / Shutterstock.com

Logo FSC



Formation continue en salle

MAINTENANT
169 \$
Membres et
étudiants

PROGRAMME 2018, JANVIER À JUIN

Nouveau programme, nouveau tarif. Découvrez les formations en salle offertes dans votre région et réservez dès maintenant votre place.

NOUVEAUTÉS

- Polymédication et personnes âgées : le rôle indispensable de l'infirmière
- Compassion en action
- Aide médicale à mourir et sédation palliative : le rôle de l'infirmière
- Services préventifs en soins de 1^{re} ligne

Restez à l'affût, l'offre près de chez vous va encore s'enrichir!



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Inscrivez-vous
oiiq.org/formations-evenements



Des avancées pour la profession infirmière



Avant toute chose, chers collègues, j'aimerais vous souhaiter tous mes vœux de bonheur, sur les plans personnel et professionnel, pour cette année 2018.

Une nouvelle année débute et, avec elle, sonne l'heure des bilans, des projections. L'année 2017 devait être celle de la profession infirmière selon les propos du ministre de la Santé et des Services sociaux. Nous pouvons dire aujourd'hui qu'elle a été marquée par un certain nombre d'avancées sur lesquelles j'aimerais revenir.

Prescription infirmière : le déploiement se poursuit

Ce dossier, qui constitue une incontestable progression pour notre profession, a récemment été assorti d'une bonne nouvelle qui permettra d'éviter toute rupture de services : la reconnaissance, par le biais d'une clause de reconnaissance des droits acquis, de l'expertise infirmière pour tous les titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) qui appliquaient, au 30 juin 2017, des ordonnances collectives dans les domaines visés par le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* (soins de plaies ou santé publique, dont la contraception et les ITSS).

Il s'agit d'une reconnaissance de l'expertise des infirmières et infirmiers qui utilisaient les ordonnances collectives. Il faut saisir rapidement l'occasion de faire reconnaître ces acquis, car vous devez satisfaire à toutes les exigences au moment où les modifications au Règlement seront adoptées. Je vous invite d'ailleurs à consulter la foire aux questions sur le sujet. Pour obtenir cet accord, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont uni leurs efforts en vue d'assurer une couverture de soins la plus élargie possible à la population québécoise. Par la suite, seuls les infirmières et infirmiers détenteurs d'un baccalauréat pourront obtenir ce droit de prescrire. Il faut en effet savoir que, partout au Canada, seuls les titulaires d'un baccalauréat peuvent prescrire.

Autre bonne nouvelle : le déploiement de la prescription infirmière se poursuit dans les établissements et le nombre des prescripteurs augmente pour se rapprocher des cibles établies par les établissements eux-mêmes. Nous continuerons nos efforts en 2018. Je suis convaincue que nous sommes sur la bonne voie.

IPS : une ressource dont le Québec ne peut se passer

Je ne peux passer sous silence un autre gain important pour les patients. En mars 2017, le gouvernement prenait

l'engagement de doter le Québec de 2 000 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) d'ici 2025. C'est un premier pas dans la bonne direction, et surtout, une promesse d'amélioration de l'accessibilité, et la reconnaissance, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, des expertises infirmières.

IPS : une ressource reconnue

Autre nouvelle concernant les IPS : le travail de partenariat entre l'OIIQ et le CMQ permettra aux IPS en soins de proximité d'amorcer un traitement pour six problèmes de santé chronique : diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, asthme, maladies pulmonaires obstructives chroniques et hypothyroïdie. Le nouveau règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées, élaboré par les deux ordres professionnels, vise donc à optimiser le rôle de l'IPS en collaboration avec un ou plusieurs médecins afin de mieux répondre à la croissance des besoins de santé de la population québécoise.

Ce règlement (en attente de l'approbation par le gouvernement) donne également davantage de latitude aux IPS dans l'utilisation de médicaments et quant à certaines règles de soins médicaux. Il prévoit en outre la création de trois classes de spécialité à partir de clientèles cibles (adulte, pédiatrique et santé mentale), alors que deux catégories existantes d'IPS (soins de première ligne et néonatalogie) voient leurs responsabilités étendues ou bonifiées. Ainsi, les IPS voient leur pratique élargie aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et aux centres jeunesse.

Vie démocratique de l'OIIQ

L'année qui commence sera marquée, pour l'ensemble des ordres professionnels québécois, du sceau de la Loi n° 11, *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*. Dès cette année, et pendant plusieurs mois, la vie démocratique de l'OIIQ en sera profondément transformée. Je vous invite à lire l'éditorial du 30 novembre publié dans l'*InfoOIIQ* pour en savoir davantage sur le sujet.

Lucie Tremblay, inf., M. Sc., Adm. A., CHE
Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Photo : Adrien Williams



On recrute!

UN HÔPITAL
BRANCHÉ!
SUR SES PATIENTS



Julie
Inhalothérapeute

On recrute!

UN HÔPITAL
BRANCHÉ!
SUR SA COMMUNAUTÉ



Mylène
Infirmière

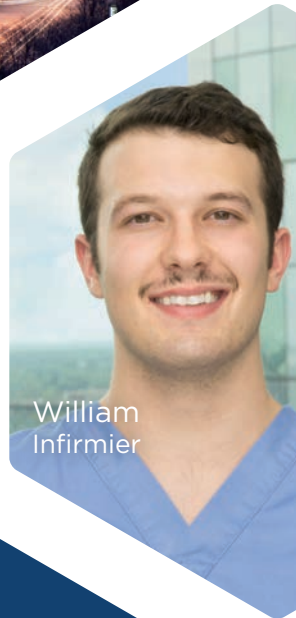
Photo : Adrien Williams



On recrute!

UN HÔPITAL
BRANCHÉ!
SUR LA TECHNOLOGIE

Photo : Christopher Barrett



William
Infirmier

faitpourlechum.com


CHUM

Lauréate de l'Insigne du mérite 2017

Clémence Dallaire

Par **Olivier Champion**

Professeure, chercheuse, auteure et gestionnaire, Clémence Dallaire poursuit une carrière marquée du sceau de l'avancement. Habitée par le désir profond de promouvoir le développement du savoir infirmier et la reconnaissance de l'identité sociale de la profession, elle a à son actif de nombreux articles et ouvrages de référence – salués par ses pairs – qui intègrent à la fois les enjeux philosophique, scientifique, sociopolitique, culturel et organisationnel du rôle infirmier. L'apport substantiel de Clémence Dallaire à la profession a été reconnu par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui lui a décerné l'Insigne du mérite, sa plus haute distinction. Entretien avec une infirmière d'exception.

Perspective infirmière. D'où vient votre passion pour les études, l'enseignement, la recherche et le milieu universitaire en général?

Clémence Dallaire. J'ai toujours eu soif d'apprendre. Je n'ai pas toujours su ce que je voulais faire dans la vie, mais je savais que je voulais étudier. Je me souviens m'être retrouvée dans un auditorium pendant le baccalauréat et m'être dit : « Je ne m'arrêterai pas ici. » Pour moi, acquérir des connaissances, comprendre, est fondamental.

Selon vous, quels sont les principaux changements qui ont pavé la profession infirmière dans les dernières décennies?

Ce que l'on entend, c'est que la pratique d'aujourd'hui est fort différente de celle d'il y a 30 ans, par exemple, mais je n'en suis pas si certaine. Oui, il y a plus de technologies, plus de médicaments, mais ce qui était au cœur des soins infirmiers il y a 30 ans est toujours là. Ce qui a changé, c'est le temps que les infirmières peuvent consacrer à donner des soins. Il est comprimé, avec la conséquence que les infirmières et infirmiers ont plus de difficulté à donner des soins de qualité.

Qu'entrevoyez-vous pour la pratique infirmière dans quelques années?

Je souhaite que les infirmières, et pas seulement les IPS, exercent moins à l'hôpital et davantage dans les communautés, au plus près des gens, afin que la population ait un accès plus direct aux soins et aux services, un peu selon le modèle de la Coopérative SABSA. Selon moi, l'infirmière de l'avenir sera une infirmière de communauté, qui ira vers le patient au lieu d'obliger celui-ci à aller vers elle.

Quel est l'enjeu majeur dans l'enseignement des sciences infirmières?

Dans le cadre de la formation aux infirmières, on consacre beaucoup de temps à enseigner la médecine, la biologie, la physiologie et la pharmacologie, notamment, afin que les infirmières puissent remplir le mandat que leur confère la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Paradoxalement, on enseigne peu les soins infirmiers. Quelles sont les interventions entièrement sous le contrôle et la responsabilité des infirmières, pour lesquelles elles peuvent prendre des



© William Mazelon

décisions et qui sont importantes pour les personnes? Le défi de la formation, c'est d'enseigner davantage ce type d'interventions qui est au cœur de l'exercice infirmier et des soins infirmiers.

Qu'est-ce que l'Insigne du mérite?

Créé en 1973, l'Insigne du mérite est la plus haute distinction décernée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il s'agit d'un hommage rendu à une infirmière ou un infirmier dont la carrière émérite a contribué de manière exceptionnelle à l'avancement des soins infirmiers ou à la notoriété de la profession.

Clémence Dallaire en quelques dates

Depuis 2015 Vice-doyenne des études supérieures et à la recherche, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
2011-2015 Doyenne de la Faculté des sciences infirmières, Université Laval
2010-2012 Présidente de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Justement, comment définissez-vous les soins infirmiers?

À mon sens, les soins infirmiers, c'est tout ce qui peut aider une personne qui vit une situation difficile. Ils regroupent les activités que l'infirmière effectue pour aider cette personne à surmonter une épreuve, stimuler sa vie, mobiliser ses forces vitales, l'encourager, la faire bouger. Les soins infirmiers comprennent aussi des aspects thérapeutiques qui vont créer un changement positif. L'infirmière s'intéresse au processus de la vie et du bien-être. Elle tente d'apporter un changement. C'est ce qu'elle déploie pour permettre au corps de la personne de guérir et à la personne elle-même de se dépasser. En somme, les soins infirmiers s'intéressent à la restauration de la santé et au rétablissement de la personne.

Il s'agit d'une définition très englobante, non?

Bien sûr! Elle comprend tout ce qui va servir les intérêts de la personne à un moment précis, ce qui va lui permettre de conserver son énergie et d'aller au-delà de la souffrance. L'infirmière française Marie-Françoise Collière¹ a dit : « Les soins, c'est stimuler et promouvoir la vie. » Aujourd'hui, nous connaissons les éléments qu'il faut enseigner pour aider les étudiants à comprendre, quand ils doivent utiliser un outil, ou un autre. Nous mettons de l'avant le fait que les soins infirmiers s'intéressent à la personne dans sa globalité et dans toutes ses dimensions : biologique, physiologique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle.

Quel est, à vos yeux, le défi de la profession infirmière?

D'une part, les infirmières en pratique disposent aujourd'hui d'un savoir très étendu et, d'autre part, les formations offertes sont à ce point diverses qu'elles peuvent mener à des carrières d'infirmière titulaire d'un DEC, d'infirmière clinicienne ou d'IPS, notamment. Le défi qui se pose donc maintenant aux infirmières et aux infirmiers, quels que soient leurs titres et leur formation, est d'exercer en synergie et en complémentarité dans les équipes de soins, dans le cadre d'une réelle collaboration intraprofessionnelle.

Trois publications incontournables de Clémence Dallaire

Dallaire, C. (dir.) (2008). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession infirmière*. Boucherville, QC : Gaëtan Morin.

Dallaire, C. (2013). Entre sens politique des infirmières et réceptivité de la société, quelles voies envisager? Dans V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse et E. Heurigon (dir.), *Prendre soin : savoirs pratiques, nouvelles perspectives*. Colloque de Cerisy (ch. 2.5). Québec : Presses de l'Université Laval.

Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 18-27. <http://dx.doi.org/10.3917/rsi.121.0018>



Lauréate de l'Insigne du mérite 2017, Clémence Dallaire a reçu son prix des mains de Lucie Tremblay, présidente de l'OIIQ, le 20 novembre dernier, lors du congrès annuel de l'OIIQ.

« Des mots comme évaluer, enseigner, communiquer, analyser ou coordonner, qui dans leur sens même sous-tendent des compétences, fournissent un levier puissant pour occuper sa place et mettre de l'avant toute la valeur des soins infirmiers. »

Pourquoi est-il si difficile de convaincre les infirmières d'occuper pleinement leur champ d'exercice et de prendre la place de leader qui leur revient dans les soins infirmiers?

C'est difficile parce que nous croyons que les responsables, ce sont les infirmières. Je m'explique. Une infirmière américaine, Susan Reverby², a étudié le pouvoir des infirmières. Elles en ont bien un peu, mais en réalité elles subissent des pressions pour qu'elles l'utilisent à d'autres fins, et ce, aux dépens même des soins infirmiers. C'est la première chose.

La deuxième, sur laquelle j'ai fondé mes recherches, est l'importance pour chaque infirmière d'utiliser un vocabulaire pour nommer de façon précise toutes ses interventions. Des mots comme évaluer, enseigner, communiquer, analyser ou coordonner, qui dans leur sens même sous-tendent des compétences, fournissent un levier puissant pour occuper sa place et mettre de l'avant toute la valeur des soins infirmiers.

Quel legs aimeriez-vous laisser à la profession infirmière?

J'espère que mes publications, en français, dans lesquelles j'ai voulu expliciter davantage l'étendue des soins infirmiers, fournir un vocabulaire et expliquer les interventions infirmières continueront de faire œuvre utile auprès des étudiants et de la profession. J'espère aussi avoir un apport significatif auprès des étudiants à la maîtrise et au doctorat que j'ai le plaisir de diriger. ■

1. Marie-Françoise Collière (1930-2005), connue comme l'une des pionnières dans l'approche historique de la profession infirmière.
2. Susan Reverby, Américaine née en 1946, historienne de la médecine, des sciences infirmières et de la santé publique. Professeure émérite d'histoire des idées, d'études féministes et d'études de genre au Wellesley College, au Massachusetts.

VENEZ DÉCOUVRIR LA CÔTE DE LA BAIE D'HUDSON AU NUNAVIK

Nous recherchons des infirmier(ère)s
à temps complet et à temps partiel

Rôle élargi



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

EXIGENCES

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

AVANTAGES

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



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

Centre de Santé Inuulitsivik
www.inuulitsivik.ca

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



PLACEMENT EN SANTÉ

RECRUTEMENT INFIRMIÈRES

partout au Québec

Nous offrons les meilleures
conditions de l'industrie.
Obtenez une prime si vous
changez d'agence ou
si vous référez du personnel.

CODEBLEU.CA

cv@codebleu.ca

Téléphone : 514-523-0415

1-877-343-BLEU

Télécopieur : 514-523-0360



Sherpa, ressource de premier plan pour les infirmières en soins interculturels

Quartier multiethnique, Côte-des-Neiges abrite le Centre de recherche du CSSS de la Montagne, qui porte le nom de Sherpa. Faisant partie du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, ce centre fournit du soutien aux professionnels de la santé appelés à offrir des soins et des services de première ligne en contexte interculturel. La pédopsychiatre Cécile Rousseau, du Centre universitaire de santé McGill, en est la directrice scientifique.

L'approche Sherpa se traduit par un partenariat entre le réseau de la santé, le monde universitaire et le milieu communautaire. Le CSSS de la Montagne a été désigné Institut universitaire au regard des communautés culturelles en 2015.

Sur le terrain

Josée Bouchard est infirmière clinicienne en santé mentale adulte au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qui dessert notamment les secteurs Parc-Extension et Côte-des-Neiges, ainsi qu'une partie du centre-ville de Montréal. Elle se consacre pour sa part au territoire de Parc-Extension, où sa clientèle adulte est issue presque en totalité de l'immigration. « Outre le problème de santé mentale, briser l'isolement de la clientèle immigrante fait partie de nos défis, explique-t-elle. Il faut ajouter que certains patients nient la présence de la maladie, de crainte que cela se sache dans leur pays d'origine, où l'on comprend mal les problèmes de santé mentale. Parfois, il n'existe pas de mot dans leur langue pour les désigner. »

La présence d'un interprète lors de la première rencontre permet de vérifier le niveau de connaissance du français ou de l'anglais de la personne, de s'assurer qu'elle connaît ses droits, qu'elle comprend le suivi envisagé et qu'elle est en mesure de faire des choix éclairés. Josée Bouchard contourne la barrière linguistique à l'aide de gestes et de pictogrammes.

La pratique en milieu multiculturel demande de l'adaptation mais se révèle enrichissante, car elle s'apparente à un voyage au quotidien, fait valoir Josée Bouchard. « Et quand on ne sait plus comment aider un patient, les ressources de Sherpa font la différence. » Sherpa fait partie intégrante de sa vie professionnelle. Elle travaille en collaboration avec la D^{re} Rousseau et participe aux conférences-midi dont l'approche, visant le développement professionnel, repose sur l'analyse de cas et l'amélioration de la prise en charge.

Marie-Claire Bélisle est infirmière clinicienne en santé mentale jeunesse première ligne pour l'ensemble du territoire du même CIUSSS. Elle collabore avec Sherpa dans le cadre de rencontres abordant la pratique et les outils cliniques; elle contribue à des projets de recherche et participe aux formations et séminaires.

Le sentiment d'impuissance que peuvent ressentir certains professionnels de la santé à l'égard des clientèles immigrantes relève d'une incompréhension due au manque de connaissances de la culture ou du parcours migratoire de certains arrivants, observe Marie-Claire Bélisle. Sherpa devient alors une ressource utile pour intervenir plus efficacement auprès d'eux. « Il faut se rappeler que chaque culture, y compris la nôtre, présente des particularités et porte ses valeurs, dit Marie-Claire Bélisle. Comprendre la

réalité culturelle de la personne constitue un défi positif pour nous, démontre notre saine curiosité et facilite l'alliance thérapeutique. »

Recherche et services

Parmi les dimensions abordées par le Centre Sherpa, citons entre autres l'amélioration de l'accès aux soins pour ces clientèles, la religion, la radicalisation, le droit des migrants, la santé mentale jeunesse, la petite enfance et la périnatalité, ainsi que la communauté et l'identité. L'offre de formation et d'information inclut un service de consultation, des conférences, des publications et des outils d'apprentissage. Le bulletin *Entre-Vues* publié par l'équipe de METISS (Migration et ethnicité dans les interventions en santé et en services sociaux) donne la parole aux chercheurs et aux étudiants sur le thème de l'immigration et de la pluriethnicité. Le site Web de Sherpa tient lieu de vitrine pour les projets de recherche, les pratiques novatrices en intervention et la diffusion des activités du centre.

■ Denyse Perreault

Le site Web du Centre Sherpa : www.sherpa-recherche.com

Pour joindre le Centre Sherpa : 514 273-3800, poste 6652 (secrétariat) ou sherpa.dlm@ssss.gouv.qc.ca



La Gaspésie recrute des infirmières et des infirmiers
Joins-toi à notre équipe!

www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/trouver-un-emploi

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

Dépistage néonatal de la fibrose kystique

Rehaussement du Programme québécois de dépistage néonatal sanguin

Six maladies s'ajouteront prochainement à celles déjà ciblées par le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin (PQDNS); parmi elles, la fibrose kystique (FK).

Au Québec, la FK touche un enfant sur 2 500. Il s'agit d'une maladie autosomique récessive. Un Canadien sur quatre est porteur du gène mutant à l'origine de la FK et quand les deux parents le sont, la probabilité d'avoir un enfant atteint est de une sur quatre.

La FK est une maladie mortelle. Dans sa forme classique, elle provoque une insuffisance pancréatique, une mauvaise absorption des nutriments et un déclin progressif de la fonction pulmonaire.

Étude de l'INSPQ

La décision du Ministère d'inclure la fibrose kystique au PQDNS s'appuie sur une étude de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2017). Des chercheurs ont suivi 157 enfants ayant reçu, entre 2008 et 2013, un diagnostic de FK classique (142) ou de forme atypique CFTR-RD (15). Parmi eux, 102 ont été diagnostiqués après l'apparition de symptômes.

La moitié des enfants observés ont été pris en charge avant qu'ils n'aient un an, 30 %, entre 1 et 5 ans et 20 %, entre 5 et 18 ans. Pour un enfant sur deux avec une FK classique sans signes d'appel précoces, cinq mois se sont écoulés entre les



Marie-Thérèse Berthier
Biochimiste clinique, chef du
Laboratoire provincial du PQDNS

« Même si le Programme québécois de dépistage sanguin est rehaussé, la pratique de prélèvement restera la même. »

premières manifestations cliniques, le diagnostic et la prise en charge. Pour d'autres, ce délai s'est prolongé jusqu'à deux ans.

Avant que ces enfants ne puissent bénéficier de soins et de suivis spécialisés, la maladie leur a déjà causé des séquelles irréversibles qui réduiront leur qualité et leur espérance de vie. Ainsi, parmi le groupe ayant une FK classique sans signes d'appel précoces, 80 % des enfants pris en charge après l'âge de six mois avaient déjà des symptômes respiratoires, 29 %, un retard statural, 33 %, un retard pondéral et 58 %, une insuffisance en vitamine E. Chez un enfant sur cinq, une culture des voies respiratoires révélait la présence de *Pseudomonas aeruginosa*, une bactérie aggravant les difficultés respiratoires.

Le dépistage néonatal permettra de traiter aussitôt le nouveau-né. Ces interventions amélioreront sa croissance, son développement cognitif et ses capacités respiratoires. Au Québec, sept centres pédiatriques spécialisés assurent le suivi des enfants atteints de FK.

Sans dépistage néonatal, les familles traversent souvent une période dite « d'errance diagnostique » – un laps de temps rempli d'incertitude et d'inquiétude durant lequel elles consultent pour comprendre les raisons du retard de croissance de leur enfant, avant qu'un diagnostic de FK ne soit finalement posé. En plus d'assurer à l'enfant de meilleures perspectives de santé, le dépistage néonatal permettra aux parents de faire des choix reproductifs éclairés.

Le PQDNS

Le Programme québécois de dépistage néonatal a pour but d'identifier des maladies avant l'apparition de leurs symptômes. Il comporte un dépistage sanguin et un dépistage urinaire pour tous les nouveau-nés. Le prélèvement de sang est recueilli entre 24 et 48 heures de vie et l'échantillon d'urine, au 21^e jour. Les parents doivent préalablement avoir été informés du dépistage néonatal sanguin et l'un d'entre eux doit avoir donné son consentement verbal (MSSS, 2016).

Pour les infirmières, l'ajout de la FK et de cinq autres maladies à celles déjà dépistées par le PQDNS ne changera rien à la pratique actuelle. Un prélèvement capillaire est effectué sur le talon du nouveau-né. L'échantillon est envoyé au Laboratoire provincial du PQDNS au CHU de Québec-Université Laval, fiduciaire du programme, qui procède aux analyses. Le financement attendu du MSSS devrait permettre que les six nouveaux tests soient effectués en 2018. ■ **Lyse Savard**

Références

Bureau d'information et d'études en santé des populations. (2017). *Errance diagnostique et fibrose kystique : portrait de la situation au Québec*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2264_errance_diagnostique_fibrose_kystique.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2016). Guide de pratique pour le dépistage néonatal sanguin et urinaire. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-918-08WF.pdf>

vivre

ses passions!

Venez vivre vos passions dans le Nord-du-Québec!

Faites parvenir votre CV en tout temps :

Site Web :
www.vivrespassions.ca
Sous l'onglet « Carrières »

Par courriel :
rh.crssbj@ssss.gouv.qc.ca

Des avantages qui se démarquent !

- Prime annuelle de disparité régionale ;
- Possibilité d'une déduction fiscale annuelle ;
- Certifié Entreprise en santé par le BNQ ;
- Paiement des frais de déménagement ;
- Crédit d'impôt pour nouveaux diplômés ;
- Allocation pour les frais de déplacement et d'hébergement pour l'entrevue de sélection ;
- Accompagnement dans la recherche d'emploi pour le conjoint ou la conjointe ;
- Accompagnement dans la recherche de logement ou de résidence.

Le rôle infirmier en prévention du suicide

Repérer les signaux de détresse et prendre les mesures de protection

L'édition 2018 de la Semaine nationale de prévention du suicide se tiendra du 4 au 10 février sous le thème « Parler du suicide sauve des vies ». Les infirmières et infirmiers occupent une place active et importante dans la prévention, affirme Jérôme Gaudreault, directeur général de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS).

La diversité des milieux de pratique et des types de clientèles, la proximité des infirmières avec celles-ci ainsi que l'étendue de leur champ d'exercice sont autant de facteurs qui expliquent pourquoi les infirmières occupent un rôle important dans la prévention du suicide. Elles sont particulièrement bien placées pour détecter les signes de détresse dans le cadre de leur évaluation de la condition physique et mentale des personnes.

L'évaluation de la condition mentale sous-tend l'évaluation, à l'aide d'outils validés, de la dimension psychosociale et des comportements à risque, par exemple, l'estimation du risque de passage à l'acte suicidaire, du risque homicidaire, d'agressivité ou de violence.

Sur la base de son évaluation, l'infirmière porte un jugement sur la situation clinique de la personne après avoir analysé les données dont elle dispose. Cela lui permet entre autres de déceler des problèmes de santé, de déterminer leur degré de gravité ou d'urgence, et d'établir des priorités et des conditions d'intervention. L'évaluation permet aussi d'entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance, de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier, d'intervenir ou de diriger la personne vers un autre professionnel de la santé et des services sociaux ou vers une ressource appropriée, et ce, dans le cadre de ses activités réservées (Office des professions du Québec, 2013).

Rôle de sensibilisation

Les infirmières et infirmiers peuvent également jouer un rôle de sensibilisation et faire valoir auprès des patients vulnérables ou auprès de leur entourage que le suicide n'est pas une solution, ajoute Jérôme Gaudreault. Les outils à leur disposition sont nombreux : promotion des ressources d'aide, activités de sensibilisation dans leur milieu, distribution d'affiches ou d'épingles portant la mention « T'es important-e pour moi » lors de la Semaine de prévention du suicide.

Le directeur général de l'AQPS recommande aussi d'être attentif à l'état de ses collègues et de proposer son aide à un confrère ou une consœur qui semble traverser une période difficile. Le suicide n'épargne pas le réseau de la santé. Le milieu du travail est souvent le dernier endroit fréquenté par une personne en détresse qui a tendance à s'isoler, souligne Jérôme Gaudreault. Il est important d'être attentif aux pensées sombres et aux signaux d'alarme et de contribuer à faire de son environnement de travail un facteur de protection. On peut le faire en détectant les situations possibles d'épuisement professionnel, en offrant des services de psychothérapie et en favorisant l'intégration sociale. ■ Denis Méthot

Pour obtenir plus d'information sur la Semaine nationale de prévention du suicide, ainsi que sur le matériel de sensibilisation, consultez le site aqps.info.

Ligne québécoise en prévention du suicide 1-866-APPELLE (277-3553), disponible 24 heures par jour, sept jours sur sept dans toutes les régions du Québec.

Référence

Office des professions du Québec. (2013). Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

RAPPEL Nouvelle obligation issue de la Loi 11

**AYEZ UN COURRIEL
À VOTRE NOM
ET FAITES-LE
CONNAÎTRE
À L'ORDRE**



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Comme annoncé dans l'Infolettre du 29 juin dernier, vous **devez obligatoirement**, depuis le 8 juin 2017, faire connaître à l'Ordre une adresse électronique établie à votre nom (art. 60 du *Code des professions*).

Cette adresse électronique ne doit pas être au nom d'un tiers et ne doit pas être partagée. En effet, le Code prévoit que la transmission d'un document à cette adresse peut remplacer une transmission à votre domicile. Des informations confidentielles vous concernant pourraient donc vous être transmises par courriel : **assurez-vous que vous êtes la seule personne à y avoir accès.**

Résolutions 2018

1. Relever de nouveaux défis
2. Voyager
3. Prendre du temps pour moi
4. Découvrir de nouvelles cultures
5. M'épanouir professionnellement
6. Confirmer ma présence à la séance Solutions Nursing



Êtes-vous fait pour le rôle élargi?

Bureau de Solutions Nursing
10 février de 13h00 à 17h00

Venez valider!

Apportez votre stéthoscope!

Nous allons faire travailler vos méninges tout en vous amusant!



Solutions Nursing
www.solutionsnursing.ca

1 877 893-7646 (514) 735-7645
info@solutionsnursing.ca

Vaccination : des conseils aux parents pour bien préparer leurs enfants

Plusieurs vaccins doivent être donnés durant l'enfance. Les enfants reçoivent d'ailleurs leurs premiers vaccins dès l'âge de deux mois, afin d'être protégés rapidement. Pourtant, les parents ne savent pas toujours comment préparer et accompagner leurs enfants lors d'une procédure de vaccination. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié à leur intention un court document intitulé *Diminuer la douleur et l'anxiété liées à la vaccination chez les enfants*, qui a pour objectif de leur donner des petites astuces en vue de dédramatiser ce moment potentiellement éprouvant pour plusieurs enfants (MSSS, 2017).

Plusieurs moyens sont préconisés dans le but de rendre la séance de vaccination la plus positive possible, autant pour l'enfant que pour le parent. L'aiguille utilisée par le professionnel de la santé semble être la principale source de douleur et d'anxiété. Quelques heures avant le rendez-vous, le parent peut expliquer, avec des mots correspondant à l'âge et à la compréhension de son enfant, ce qu'est un vaccin et les raisons pour lesquelles il est injecté.

Ensuite, le parent détaillera le déroulement de la séance et répondra au mieux aux questions de l'enfant. La douleur doit être abordée, sans minimiser ni exagérer la sensation : on la compare à un picotement ou à un pincement qui dure quelques secondes. La façon dont le parent parle de ce sujet est importante afin de favoriser une attitude positive et apaisante.

L'âge de l'enfant conditionne également la préparation. Dans le cas des premiers vaccins administrés avant l'âge de deux ans, le fait d'offrir l'allaitement ou une solution sucrée une minute avant l'injection constitue un moyen reconnu et efficace de soulager la douleur.

Pendant la vaccination, le parent doit maintenir son nourrisson sur ses genoux ou demeurer aux côtés de son enfant plus âgé pour assurer son confort. La distraction stimulant plusieurs sens permet de détourner l'attention de l'aiguille et du professionnel de la santé. Ainsi, le parent peut utiliser différentes stratégies, seules ou en association,

comme chanter, donner un jouet ou montrer des images colorées pendant l'injection.

À la fin de la procédure, il est conseillé au parent de complimenter son enfant et même de le récompenser pour sa collaboration. Quant aux réactions négatives, comme les cris ou les pleurs, elles s'arrêteront après quelques minutes de consolation.

Avant le retour à la maison, le parent pourra demander au professionnel de la santé comment soulager la douleur ou la fièvre, ainsi que les effets indésirables qui se produisent parfois dans les heures ou les jours suivants.

Rappelons-nous que la vaccination demeure la seule façon de prévenir des maladies potentiellement mortelles.

— Dalila Benhaberou-Brun

Pour obtenir le feuillet d'information

Pour télécharger le feuillet d'information ou en commander (gratuitement) des copies imprimées, se rendre sur le site du MSSS (msss.gouv.qc.ca), dans la section Publications. Document disponible aussi en anglais. Le Ministère précise que la commande de copies imprimées est réservée aux vaccinateurs du réseau de la santé.

À lire sur le même sujet

Fortier, D. (2017). Programme EMMIE. Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants. *Perspective infirmière*, (14)5, p. 15.

Références

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (avril 2017). *Diminuer la douleur et l'anxiété liées à la vaccination chez les enfants*. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/fiches_vaccins/16-278-35F.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (18 avril 2017). Vaccination des enfants. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/vaccination-des-enfants>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (6 juill. 2017). Programme québécois d'immunisation. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-d-immunisation/#description>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (16 oct. 2017). Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE). Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-d-entretien-motivationnel-en-maternite-pour-immunisation-des-enfants-emmie/#description>

ANALGÉSIE DEXTROSÉE



MYTHES ET RÉALITÉS

À propos des études aux cycles supérieurs en sciences infirmières

Par **Andréane Lavallée**, inf., Ph. D. (c.), **Jérôme Leclerc-Loiselle**, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Gwenaëlle De Clifford-Faugère**, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Caroline Larue**, inf., Ph. D., et **Marilyn Aïta**, inf., Ph. D.

« La discipline infirmière est à la fois professionnelle (lien étroit avec la pratique clinique) et scientifique (élaboration de savoirs pour la pratique) » (Pepin, Larue, Allard et Ha, 2015). La pratique infirmière étant complexe et variée, l'avancement de la discipline requiert l'approfondissement d'une variété de savoirs et de connaissances en constante évolution, déployés dans les programmes de formation aux cycles supérieurs en sciences infirmières. Les infirmières qui effectuent ces études acquièrent des compétences en pratique avancée qui vont contribuer à la progression de la discipline et donc à l'amélioration de la pratique clinique. Toutefois, le processus de développement des savoirs et leur mise en application sont parfois peu compris ou remis en question par les infirmières (Risjord, 2010).

Saurez-vous discerner le vrai du faux?

1. Poursuivre des études à la maîtrise me permettra de proposer des solutions à des problématiques qui émergent de mon milieu clinique.
2. L'expérience clinique est nécessaire pour effectuer des études au deuxième cycle (excluant la formation IPS).
3. Une infirmière qui détient un diplôme de deuxième cycle n'effectue plus de pratique clinique directe.
4. Les études aux cycles supérieurs ne sont pas exclusivement orientées vers la recherche.
5. Au doctorat en sciences infirmières, on vise à former uniquement des professeurs de carrière.
6. Les infirmières qui font des études supérieures sont dans une tour d'ivoire, détachées des réalités vécues par les infirmières en milieu clinique.

VRAI OU FAUX



Réponses en page 77

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

Séminaires accrédités pour les infirmières et les infirmiers



Le Cégep Marie-Victorin : votre partenaire en formation continue

Séminaires accrédités :

- Soins de plaies
- Les conflits en milieu de travail : les comprendre pour mieux les dénouer
- Contrôle de la douleur en fin de vie
- Prévention des chutes et dépistage du délirium
- Diabète : pathologie et traitements
- Et bien plus!



Formations sur mesure en milieu de travail aussi offertes

514 278-3535, poste 5221
seminaires@collegemv.qc.ca
collegemv.qc.ca/sae

PAVILLON BÉLANGER

 Jean-Talon

Infirmières et infirmiers en pédiatrie sociale



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

Un projet de transfert de connaissances

Entre 2014 et 2016, 95 infirmières ont été formées à la pédiatrie sociale en communauté (PSC). Dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, à Montréal, 378 enfants ont ainsi bénéficié d'un suivi en soins infirmiers au Centre de pédiatrie sociale de la Fondation du Dr Julien. Une évaluation menée par l'Équipe de recherche Renard du Département de psychologie de l'Université de Montréal confirme que l'intégration d'infirmières dans les centres de pédiatrie sociale en communauté est bien accueillie par la majorité des infirmières, des médecins et des travailleuses sociales qui ont répondu à l'enquête (Dagenais, Guichard, Têtu, Dupont et Portfilio-Mathieu, 2017).

Par **Diego Mena Martinez**, M. A.¹ et **Christian Dagenais**, Ph. D.²

Le projet de formation et d'intégration des infirmières cliniciennes au sein des équipes de PSC, financé grâce à la subvention « Pour mieux soigner » versée par la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2016, s'inscrivait dans la démarche d'acquisition et de transfert de connaissances de la Fondation. Il visait la formation de 100 infirmières et l'intégration d'une infirmière à temps plein au Centre de pédiatrie sociale d'Hochelaga-Maisonneuve, grâce à un partenariat avec la direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. L'évaluation du projet a permis de recueillir l'opinion des professionnels clés sur l'intégration des infirmières dans les centres de PSC et d'identifier les effets de la formation sur les infirmières formées.

Interventions infirmières plus ciblées

Des formations portant sur l'intervention en PSC ont été offertes sur des thèmes aussi variés que l'anxiété, le stress toxique ou les troubles d'attention et de comportement. L'expertise des conférenciers, de même que leur compétence et leurs connaissances appuyées par les dernières données probantes sont souvent mises de l'avant par les infirmières. « Ce que j'ai vraiment apprécié, c'est la présentation d'une chercheuse experte en stress toxique qui a présenté des données probantes sur l'impact du stress toxique chez les enfants. Des études, des recherches... Il y avait beaucoup d'exemples! » La mise en application des données probantes à partir de l'expérience concrète des formatrices et le recours à des mises en situation discutées en groupe ont aussi été appréciés par les infirmières. « Le fait d'avoir un cas clinique démontre la complexité et les nuances qu'il faut apporter à la théorie. »



© Fondation du Dr Julien

La plupart des participantes disent avoir acquis une compréhension enrichie des problématiques liées au TDAH, aux troubles anxieux et au stress toxique dans le cadre de ces formations. Elles se sentent mieux outillées pour repérer certains symptômes et signes de souffrance psychologique chez les enfants. Plusieurs rapportent une prise de conscience quant à l'importance de faire preuve de prudence et de discernement au moment de faire une intervention de dépistage. Elles mentionnent qu'elles sont davantage en mesure d'établir des liens entre certaines problématiques et certains comportements. « Avant la formation, je me posais ces questions de façon plus instinctive. Mon approche est maintenant plus systémique puisque j'ai appris le lien entre les événements de vie et le développement de certains troubles. »

En plus des formations en salle, certaines infirmières ont eu l'occasion de participer à une journée de sensibilisation à la pratique en PSC en se joignant aux équipes de PSC dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve et à Lévis. Cette journée leur a permis d'acquérir les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour

mieux intervenir auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité. Elles ont notamment évoqué l'approche à adopter auprès des enfants et des familles et les connaissances sur les pathologies ou les problématiques de santé mentale. Enfin, cette journée a permis aussi d'acquérir des connaissances sur le fonctionnement de l'équipe de PSC et le travail en co-intervention.

Contribution à l'efficacité de l'équipe

Dans un volet de l'enquête qui reposait sur des entrevues auprès de six infirmières cliniciennes, de six médecins et de trois travailleuses sociales, l'un des commentaires les plus souvent entendus à propos de la valeur ajoutée de l'infirmière concerne l'image positive que renvoie l'infirmière aux enfants et aux familles. Plusieurs soulignent le fait qu'un suivi en santé est mieux perçu (moins menaçant) par la clientèle lorsqu'il est effectué par une infirmière. Par ailleurs, de façon presque unanime, les répondants qui collaborent déjà avec une infirmière constatent une nette amélioration de la qualité et de la continuité des suivis médicaux dans leur service.

Certaines ont aussi fait référence à une vision plus « large » ou « globale » des

FORMATION CONTINUE



Lisez les articles

- **Syndrome coronarien aigu (SCA) et rôle de l'infirmière dans le continuum de soins, 1^{re} partie : la phase aiguë du SCA**
- **Prise en charge de la douleur aiguë pédiatrique de l'urgence à l'unité de soins**

Répondez aux questionnaires pour valider vos acquis et cumulez des heures de formation continue (2-ACFA par article).

ARTICLES-QUESTIONNAIRES : COMMENT FAIRE?

- > Rendez-vous dans la section formation et événements du site de l'OIIQ, oiiq.org, pour accéder au questionnaire.
- > À chaque parution, *Perspective infirmière* propose deux articles-questionnaires. Retrouvez tous les articles-questionnaires déjà parus en visitant la section formation et événements du site de l'OIIQ.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

— FONDATION DE L'OIIQ

soins grâce à l'intégration d'une infirmière. Il y a désormais davantage d'intervenants autour d'une famille, ce qui rend « l'intervention optimale », donne la possibilité de « couvrir plus large sur le plan des besoins » et de « voir qui est le mieux placé pour intervenir auprès des familles ».

De plus, l'équipe d'évaluation a relevé des commentaires tels que ceux-ci : « Elle consolide l'équipe », « L'équipe est plus complète », « C'est un professionnel qu'il nous manquait ». Certains parlent d'une « belle complémentarité » des professionnels en présence dans un centre de PSC. Ce travail interdisciplinaire permet de « se soutenir entre collègues », de potentialiser la force d'action et ainsi, de couvrir plus largement et efficacement les besoins des enfants et des familles.

Ainsi, grâce à leurs connaissances, leurs compétences et leur expertise, les infirmières peuvent mieux occuper l'étendue de leur champ de pratique en assurant le suivi de la santé physique et mentale des enfants. « C'est une communauté de pratiques professionnelles qui se construit et qui permet aux participantes de s'enrichir mutuellement. »

Pistes d'action futures

L'évaluation de ce projet a aussi permis d'identifier six grands défis liés à l'intégration des infirmières dans les centres de PSC :

- 1) l'importance de définir les fonctions et le rôle de l'infirmière œuvrant en pédiatrie sociale;
- 2) la participation des infirmières aux rencontres cliniques;
- 3) la place de l'infirmière en collaboration professionnelle avec le tandem médecin/travailleuse sociale;
- 4) l'élaboration du profil de compétences de l'infirmière en PSC;
- 5) la formation en PSC aux infirmières (modalités de formation) et l'accompagnement dans l'intégration des infirmières aux équipes cliniques;
- 6) la sensibilisation des centres de PSC où il n'y a pas d'infirmière.

Tous ces défis ont été pris en considération par l'équipe de la Fondation du Dr Julien et une grande partie des réponses se trouve dans le document sur les modèles d'intégration de l'infirmière en PSC (Julien, Ouellet, Arla, Hivon et Mena, 2017).

Au terme de cette évaluation, la place de l'infirmière en PSC apparaît comme incontournable de la PSC et des services à la petite enfance compte tenu, d'une part, de la complexification des prises en charge et, d'autre part, des besoins non comblés de la population visée. Il s'agit toutefois d'une pratique en émergence qui nécessitera, comme toute pratique naissante, d'être mieux définie et plus structurée afin de pouvoir s'ajuster à un domaine d'intervention lui-même en évolution constante.

Par ce projet, la Fondation du Dr Julien témoigne d'une volonté affirmée de renouvellement du noyau professionnel des centres de PSC. L'intégration d'infirmières dans les centres de PSC contribuera au fonctionnement optimal des équipes de soins et au mieux-être des enfants et de leurs familles. ■

1. Diego Mena Martinez est directeur de transfert de connaissances à la Fondation du Dr Julien.
2. Christian Dagenais est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Référence

Dagenais, C., Guichard, A., Têtu, I., Dupont, D. et Portfilio-Mathieu, L. (2017). Évaluation du projet « Intégration des infirmières cliniciennes au sein du mouvement de la pédiatrie sociale en communauté du Québec » de la Fondation du Dr Julien. Synthèse des travaux d'évaluation. Équipe RENARD – Université de Montréal. Repéré à <https://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2017/08/Rapport-FINAL-Projet-infir%C3%A8res-01-08-17.pdf>

Julien, M., Ouellet, N., Arla, D., Hivon, M. et Mena, D. (2017). Modèles d'intégration de l'infirmière en pédiatrie sociale en communauté. Montréal : Fondation du Dr Julien. Repéré à https://pediatricsociale.fondationdrjulien.org/wp-content/uploads/2017/08/2017_04_24_mod%C3%A8les_inf%C3%A9gration_infir%C3%A8resPSC.pdf

Je clique. Je donne. Nous soignons!

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

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

*Campagne
annuelle
2018*

SUBVENTIONS



LES UNITÉS DE SOINS
INTENSIFS NÉONATALS
DU QUÉBEC



PROJET HoPE-
SANTÉ MENTALE
JEUNESSE



FONDATION DU
D'JULIEN-
CLINIQUE DE
PÉDIATRIE SOCIALE
DE PROXIMITÉ



COOPÉRATIVE DE
SOLIDARITÉ SABSA

CONCOURS

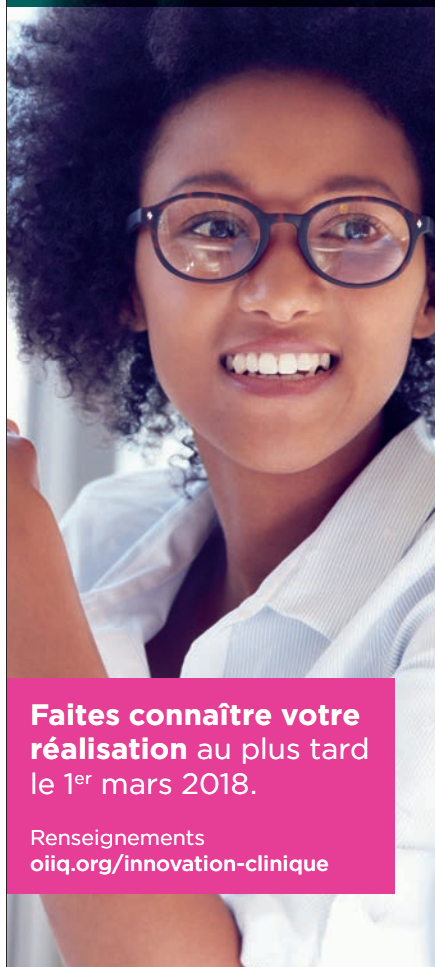
INNOVATION
CLINIQUE

BANQUE NATIONALE

2018

Le concours vise à mettre en valeur les contributions cliniques novatrices des infirmières et infirmiers de toutes les régions du Québec à la santé de la population et à la qualité des soins offerts, ainsi qu'à l'avancement de la profession infirmière.

OIIQ, au nom de la santé des Québécois.



Faites connaître votre réalisation au plus tard le 1^{er} mars 2018.

Renseignements
oiiq.org/innovation-clinique



Montréal/Laval

Gestion du stress et de l'anxiété en psychiatrie



Dans l'ordre habituel, Louise Villeneuve, vice-présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval, Étienne Paradis-Gagné, conseiller clinique en soins infirmiers, Samsith So, infirmier, Paul Pelletier, éducateur spécialisé.

L'Institut Philippe Pinel de Montréal, établissement psychiatrique spécialisé en psychiatrie légale, accueille des patients aux prises avec de graves problèmes de santé mentale tels que la schizophrénie, la bipolarité ou une personnalité limite. « Ces personnes vivent beaucoup de stress, d'anxiété et parfois des épisodes d'agressivité », explique Étienne Paradis-Gagné, infirmier et conseiller-cadre en soins infirmiers à l'Institut.

Samsith So, infirmier clinicien, qui a pratiqué la pleine conscience toute sa vie, a eu l'idée d'initier ces personnes au yoga et à la méditation, en partenariat avec Paul Pelletier, éducateur spécialisé et professeur de yoga. « Après quatre ans de pratique, elles nous ont confié avoir une meilleure estime d'elles-mêmes, une confiance en leur capacité de faire des exercices physiques et un sentiment de bien-être durant les ateliers », explique Étienne Paradis-Gagné. Ces ateliers améliorent aussi la santé physique des patients, souvent affligés de douleurs chroniques, de maladies chroniques, ou de problèmes d'obésité ou en lien avec le syndrome métabolique.

Une prise en charge complémentaire

C'est en 2014 que l'équipe a établi les prémisses du projet intitulé « Atelier de réduction et de gestion du stress par la méditation pleine conscience » qui a pour objectif de proposer à ces patients une prise en charge plus complète par la pratique de la pleine conscience.

« À l'aide de techniques de respiration et de méditation, les participants apprennent à porter leur attention sur

le moment présent », ajoute Étienne Paradis-Gagné. « Les ateliers de pleine conscience s'appuient sur les meilleures pratiques. C'est une méthode non pharmacologique efficace pour diminuer le stress et l'anxiété. » Cette approche, aussi appelée *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), est née en Asie avant d'être importée par l'Université du Massachusetts à Boston.

Le programme est offert à des groupes de patients sous forme de séances hebdomadaires de 90 minutes pendant huit semaines. Un suivi est effectué par l'infirmier, le médecin traitant et l'équipe interdisciplinaire; une évaluation du patient est faite au début et à la fin du programme afin d'évaluer ses bénéfices pour le patient. Une recherche en partenariat avec l'Université McGill est en cours d'analyse. « Les résultats préliminaires montrent une diminution du stress et de l'anxiété et davantage d'autocompassion », explique M. Paradis-Gagné. L'autocompassion, associée à la bienveillance envers soi-même, signifie que l'on arrête d'être dur avec soi-même ou de se culpabiliser.

« En plus d'être dans les premiers à offrir ce programme pour une clientèle en santé mentale, nous innovons dans la prise en charge des personnes souffrant de psychose », affirme l'infirmier. Enfin, cette méthode peu coûteuse et facile à mettre en place met à profit le champ d'exercice et les activités réservées de l'infirmière et de l'infirmier dont l'évaluation physique et mentale, favorise la contribution du client et la collaboration interprofessionnelle.

■ Nathalie Boëls

Outaouais

Pour les femmes vivant une fausse couche et leur partenaire



De gauche à droite : **François-Régis Fréchette**, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Outaouais, **Chantal Verdon**, professeure agrégée à l'Université du Québec en Outaouais, **Françine de Montigny**, professeure titulaire, Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles et **Serge Gauvreau**, coordonnateur clinico-administratif des salles d'urgence.

Le projet baptisé « Transformation des pratiques pour une prise en charge optimale de la femme qui vit une fausse couche à l'urgence et de son partenaire » est né du constat de Serge Gauvreau, infirmier et coordonnateur clinico-administratif des salles d'urgence du CISSS de l'Outaouais. « En 2015, je recevais jusqu'à cinq plaintes par mois de femmes enceintes qui venaient à l'urgence avec les symptômes d'une fausse couche », explique Serge Gauvreau. Elles évoquaient la banalisation des risques de fausse couche par l'infirmière de triage, le temps d'attente très long, la mise de côté de leur partenaire et le manque d'informations sur le suivi et les ressources existantes après leur sortie de l'urgence.

« Une fausse couche dans les vingt premières semaines de grossesse, c'est traumatisant. Notre objectif est de transformer l'expérience de ces femmes, de ces couples et des intervenants à l'urgence », explique Francine de Montigny, infirmière et professeure titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur la santé psychosociale des familles à l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

Francine de Montigny et Chantal Verdon, infirmière et professeure à l'UQO, ont donc interrogé par sondage 251 femmes et 183 infirmières des urgences. Elles ont aussi rencontré en entrevue 70 femmes et 40 hommes de quatre régions du Québec. Les couples ont soulevé plusieurs problèmes dans leur prise en charge à l'urgence : manque d'informations

médicales sur le déroulement de la fausse couche, sur la disposition du fœtus, sur les suites de la fausse couche, sur le moment approprié pour entreprendre une autre grossesse, etc.

Une intervention plus humaine

Les chercheuses ont donc conçu une formation réflexive de quatre heures qui s'arrime aux besoins des intervenants. En début d'atelier, les animatrices prennent le temps d'écouter ce que chacun trouve difficile dans sa prise en charge des fausses couches à l'urgence. « C'est un moment d'apprentissage personnel sur ce que la rencontre avec quelqu'un qui souffre fait résonner en eux et aussi sur leurs attentes dans leur travail », dit Chantal Verdon. Ils réfléchissent ensuite à la manière d'accompagner la femme et son partenaire. « On ne demande pas aux infirmières de l'urgence de faire plus, mais de faire différemment. Les petits gestes font la différence », ajoute-t-elle. Les croyances des participants sont ébranlées. « Ils réalisent que les parents ne demandent pas nécessairement du temps, mais qu'un contact visuel, de la chaleur dans la voix peut faire une différence. C'est de créer une relation. Elle sera aidante et thérapeutique par elle-même. » Depuis la mise en place de cette formation, Serge Gauvreau a reçu une seule plainte en 18 mois. « L'intervention est plus humaine. Le personnel infirmier accorde une importance à l'expérience des couples et les dirige, lorsque cela est possible, vers une salle privée. »

■ N.B.

PRIX FLORENCE 2018

Les prix Florence soulignent la contribution de huit infirmières et infirmiers inspirants qui se distinguent par leur engagement, leurs actions et leurs réalisations au sein de la profession. Découvrez le descriptif des huit catégories sur oiiq.org/prix-florence.

OIIQ, au nom de la santé des Québécois.



Candidatures
recherchées
au plus tard le
1^{er} février 2018



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Périnatalité

Positionnement thérapeutique, modes de déplacement et modes de portage des bébés

La prématurité d'un bébé ou son état de santé précaire – qu'il soit né prématurément ou à terme – sont deux situations qui nécessitent des précautions particulières pour son positionnement, son déplacement et son portage. Cet article aborde les principes à prendre en considération pour effectuer un positionnement thérapeutique, un déplacement et un portage sécuritaires.

Par **Catherine Matte**, physio., **Anouk Lauzon Vincent**, physio., **Isabelle Milette**, IPSNN, et **Marie-Josée Martel**, inf., Ph. D.



Olivia, née à 24 semaines de gestation, était âgée de 28 semaines et 4 jours au moment de la prise de cette photo.

En néonatalogie, les changements de position sont nécessaires pour varier les points de pression sur le corps du bébé, favoriser un équilibre entre ses muscles extenseurs et fléchisseurs et pour prévenir les complications. Les positions prolongées et inadéquates en décubitus latéral, dorsal ou ventral du nouveau-né prématuré peuvent entraîner une hyperextension de tous les membres, une asymétrie posturale et des extrémités en abduction et rotation externe (Fern, 2011; Hunter, 2010; Sweeney et Gutierrez, 2010; Vaivre-Douret et Sizun, 2014).

Positionnement thérapeutique

Habituellement, les infirmières, avec les parents comme partenaires de soins, changent la position du bébé (position latérale gauche ou droite, dorsale ou ventrale) toutes les trois heures environ (ce délai peut être plus court ou plus long, en fonction de l'horaire des soins, des périodes de sommeil et d'éveil ou du moment de la journée). Pour aider le bébé à garder cette position, les infirmières utilisent des outils de positionnement ou des petits rouleaux de couverture. Ces précautions ont pour but d'éviter les déformations des articulations et des muscles ainsi que les problèmes liés à la forme de la tête.

Il existe cinq grands principes à respecter pour le positionnement thérapeutique (Martel et Milette, 2017) :

1. La flexion

On cherche à maintenir la position fœtale. Les bras et les jambes doivent être près du corps et fléchis. Les articulations (épaules, coudes, poignets, genoux et hanches) doivent aussi être fléchies et regroupées près du corps.

2. L'alignement des membres inférieurs

Une attention doit être portée à l'alignement des hanches, des genoux et des pieds, car les bébés prématurés sont en développement. Leurs articulations et leurs muscles n'ont pas la capacité de combattre l'effet de la gravité. Les hanches doivent être fléchies mais pas ouvertes (sous l'effet, par exemple, d'une couche trop grande ou d'un rouleau placé entre les jambes), les genoux doivent être fléchis, et les pieds doivent être alignés avec les jambes (pas tournés vers l'extérieur).

3. L'alignement de la tête

Plus le bébé est prématuré ou malade, plus il a de la difficulté à maintenir sa tête alignée avec son corps. Très souvent, la tête tombe légèrement ou complètement sur le côté sous l'effet de la gravité. L'alignement de la tête avec le corps favorise le développement des muscles du cou et des épaules et permet d'éviter que les côtés de la tête s'aplatissent en étant trop souvent en contact avec le matelas. Il faut s'assurer de bien répartir les points de pression sur l'ensemble de la tête, car les os du crâne, en plein développement, sont encore malléables. La seule exception à cette règle est lorsque le bébé est couché sur le ventre. Sa tête peut alors être légèrement tournée sur le côté alors que l'appui au matelas se fait sur la joue.

4. Les balises physiques

Les outils de positionnement et les rouleaux de serviette ou de couverture sont des balises physiques qui ont pour but d'aider le bébé à rester dans la position voulue. Leur présence est réconfortante pour lui. Pour qu'il se sente en sécurité, les balises doivent être plus hautes que son corps. Si elles sont trop petites ou trop éloignées, il recherchera leur contact et aura tendance à adopter une position d'ouverture. Placées autour de lui, les balises imitent les parois utérines. S'il étire un membre, il rencontrera les balises et reprendra doucement sa position fléchie.

5. L'enveloppement

L'embaillotement est une bonne façon d'offrir un enveloppement au bébé. On parle d'embaillotement partiel lorsqu'une partie du corps seulement est recouverte (**voir photo**) et d'embaillotement total lorsque le corps du bébé est

complètement enveloppé dans la couverture, à l'exception de la tête. Il est alors conseillé de garder les mains du bébé près de sa bouche afin qu'il puisse se réconforter en cas de besoin. Le choix du type d'emballotement est fait en fonction des besoins du bébé. Par exemple, un bébé qui a tendance à avoir de petits sursauts ou des tremblements dans les jambes peut nécessiter un emballotement partiel du bas du corps. Le choix se fait aussi en fonction de l'équipement médical nécessaire à ses soins. Pour un bébé qui a plusieurs solutés, des cathéters centraux ou d'autres appareillages de pointe, un emballotement total n'est donc pas approprié. Il convient de noter que l'emballotement chez les bébés prématurés ne consiste pas en un enveloppement serré dans une couverture où le bébé ne peut plus bouger, mais bien en un enveloppement qui recouvre les balises physiques pour lui permettre de bouger dans son positionnement.

Précautions

Il faut également prendre certaines précautions lorsque le bébé a des solutés et d'autres appareillages sur les jambes ou les pieds. En position dorsale ou latérale, il peut arriver que ses pieds se retrouvent dans le vide. Un petit rouleau ou un outil de positionnement devrait alors être placé sous son pied pour soutenir le poids de l'appareillage.

Quand le faire?

Idéalement, le positionnement doit se faire après un soin, afin que le bébé puisse s'endormir pour un certain temps. Il est important que le bébé soit détendu avant que l'on procède au positionnement. Il ne sert à rien de forcer un positionnement. Il se peut que l'infirmière prévienne de placer le bébé en position latérale et qu'il semble finalement plus détendu et plus à l'aise en position dorsale. Il faut faire preuve de flexibilité, car un positionnement imposé risque de ne pas fonctionner ou de ne pas durer. N'hésitez pas à utiliser les méthodes de retour au calme (voir l'article « Mieux comprendre les comportements du nouveau-né » de la série Périnatalité, dans le numéro de septembre/octobre 2017 de *Perspective infirmière*) si le bébé montre des signes de stress avant, pendant ou après un positionnement thérapeutique.

Modes de déplacement et de portage

Les déplacements correspondent aux moments où le bébé est soulevé ou déplacé dans son incubateur ou dans son petit lit. Pour sa part, le portage renvoie aux moments où l'infirmière ou le parent prend le bébé dans ses bras pour le bercer ou pour la méthode kangourou. Ces actions stimulent en quelque sorte le sens de l'équilibre du bébé, qui s'est développé en apesanteur dans le liquide amniotique (milieu aquatique). Le bébé prématuré est projeté dans un milieu aérien alors qu'il est encore immature. Soudain, il ne bénéficie plus de la présence enveloppante du liquide amniotique et des balises que lui offraient les parois utérines. Son sens de l'équilibre peut donc être facilement surstimulé lorsqu'on le change de position ou qu'on le soulève dans les airs. Le bébé malade né à terme et même le bébé qui a connu une naissance difficile peuvent être sensibles aux déplacements et au portage.

Pour les déplacements, un principe est à retenir :

1. La roulade en position fœtale

Lors des changements de position, faites rouler le bébé sur le matelas au lieu de le soulever. Assurez-vous de le maintenir en position fœtale à l'aide de vos mains (bras et jambes fléchis, tête et fesses soutenues). Dans certains cas, vous pouvez utiliser votre avant-bras ou une couverture pour le garder plus facilement dans cette position et pour maintenir ainsi une plus grande surface de contact. Avec la roulade, la transition d'une position à l'autre se fait par transfert de poids, ce

Les tapotements, les caresses superficielles et les effleurements sont des stimulations qui n'existaient pas dans le ventre de la mère et qui sont plus difficiles à tolérer pour les bébés prématurés ou pour les bébés malades nés à terme.

qui stimule la proprioception (le bébé sent un contact avec les différentes parties de son corps, ce qui se rapproche de la pression exercée par le liquide amniotique dans l'utérus). S'il est capable de téter, une sucette d'amusement peut lui être offerte pour l'aider à mieux tolérer les déplacements. Plus le bébé est prématuré ou malade, plus les changements de position doivent être faits lentement. À l'inverse, plus il est mature et stable, plus les changements de position peuvent se rapprocher de ceux qui sont faits avec un bébé à terme et en bonne santé.

Pour le portage, deux autres principes viennent s'ajouter à celui de la roulade en position fœtale :

2. La cueillette et l'enveloppement

Pour sortir le bébé de son incubateur ou de son petit lit, penchez-vous – ou demandez au parent de se pencher – vers lui pour limiter le plus possible le temps de soulèvement. En d'autres mots, il faut le cueillir directement sur son petit matelas en se penchant le plus possible pour diminuer la distance entre lui et la personne qui le prend. Afin qu'il se sente en sécurité pendant le portage, il faut soutenir en tout temps les deux bases de son dos. Ainsi, une main est placée sous ses fesses (sacrum) et l'autre derrière sa tête, entre les deux oreilles (occiput). Il sera ainsi plus facile de le garder en position fœtale. Lorsqu'il est maintenu dans cette position, son poids est transféré sur la personne qui le prend et qui le soulève doucement. Ainsi enveloppé des mains et du torse de l'infirmière ou du parent, il se sentira rassuré. De même, vous pouvez utiliser une couverture placée sous son corps pour lui offrir un enveloppement supplémentaire qui le sécurisera.

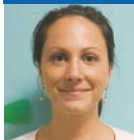
3. Une stimulation à la fois

Si le but du portage est que le parent s'installe avec son bébé dans un fauteuil ou une chaise berçante, l'infirmière sera d'une aide précieuse pour guider le parent. En premier lieu, il faut prendre conscience du fait qu'il faut du temps au bébé pour récupérer du portage. Habituellement, il faut attendre deux à cinq minutes pour voir si le bébé a bien toléré le portage (l'immaturité de son système nerveux engendre une réaction à retardement) et s'ajuster s'il montre des signes de stress. Après ce délai, il se peut que le parent soit tenté de lui parler ou de lui chanter une chanson, de lui masser doucement le dos ou de le bercer.

Souvenez-vous toutefois d'ajouter une stimulation à la fois et de regarder les réactions et les comportements du bébé. Par exemple, si ce dernier ne montre pas de signes de stress, le parent pourra lui fredonner une chanson douce. Avant d'introduire autre chose, il faut observer les réactions du bébé pendant quelques minutes pour voir s'il tolère bien cette nouvelle stimulation. Plus le bébé est mature et stable, mieux il tolérera les stimulations simultanées. Par ailleurs, les tapotements, les caresses superficielles et les effleurements sont des stimulations qui n'existaient pas dans le ventre de la mère et qui sont plus difficiles à tolérer pour les bébés prématurés ou pour les bébés malades nés à terme.

Le retour dans l'incubateur ou le petit lit se fait selon les mêmes principes. Lorsque le portage et les déplacements sont terminés, l'infirmière ou le parent gardera le bébé en position

Les auteures



Catherine Matte est physiothérapeute à l'unité des soins intensifs de néonatalogie du CHU Sainte-Justine depuis 2010. Certifiée en soins du développement par la National Association of Neonatal Nurses, elle est également étudiante à la maîtrise en sciences de la réadaptation à l'Université de Montréal.



Anouk Lauzon-Vincent est physiothérapeute à l'unité des soins intensifs de néonatalogie du CHU Sainte-Justine depuis 2013. Elle a obtenu sa maîtrise professionnelle en physiothérapie à l'Université de Montréal en 2012.



Isabelle Milette est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et experte en soins du développement à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle mène aussi l'équipe qualité et le projet d'implantation des soins du développement de l'unité. Elle est membre clinicienne du RRISIQ.



Marie-Josée Martel est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle est aussi chercheure régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et chercheure associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Elle est membre chercheur du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

foetale pendant un moment et retirera ses mains progressivement de sorte que le bébé sente toujours un contact à mesure qu'il se détend et s'endort. Une couverture peut aussi être utilisée pour lui offrir un contact et une légère pression en remplacement des mains. Vous pouvez également lui dire qu'il est de retour dans son lit et que c'est maintenant le temps de se reposer. Encore une fois, laissez-vous guider par ses réactions et ses comportements.

L'infirmière qui œuvre en néonatalogie et en périnatalité peut apporter une précieuse contribution au bien-être des bébés en leur offrant un positionnement thérapeutique ainsi que des modes de déplacement et de portage qui respectent leur développement et leur état de santé tout en faisant intervenir les parents comme partenaires de soins. ■

NDLR Cet article est le quatrième d'une série de huit portant sur les meilleures pratiques en périnatalité appuyées par des données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série aborde différentes thématiques en lien avec les soins aux nouveau-nés admis en unité néonatale, soins qui peuvent très souvent s'appliquer aux bébés nés à terme et en bonne santé.

Références

- Fern, D. (2011). *A neurodevelopmental care guide to positioning and handling the premature, fragile or sick infant*. New-York, NY : DF Publishing.
- Hunter, J. (2010). Therapeutic positioning: Neuromotor, physiologic and sleep implications. Dans C. Kenner et J. MacGrawth (dir.), *Developmental care of newborns and infants* (2^e éd.) (p. 285-312). Chicago, IL : National Association of Neonatal Nurses.
- Martel, M.-J. et Milette, I. (2017). *Être parents à l'unité néonatale – Tisser des liens pour la vie*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Sweeney, J. K. et Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development: Implications for neonatal care and discharge teaching. Dans C. Kenner et J. MacGrawth (dir.), *Developmental care of newborns and infants* (2^e éd.) (p. 236-248). Chicago, IL : National Association of Neonatal Nurses.
- Vaivre-Douret, L. et Sizun, J. (2014). Postures en incubateur du nouveau-né prématuré. Dans B. Guillois, J. Sizun, C. Casper, G. Thiriez et P. Kuhn (dir.), *Soins de développement en période néonatale – De la recherche à la pratique* (p. 87-96). Paris (France) : Springer.

Formations en ligne en santé mentale

AUX URGENCES: comment intervenir auprès des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ?

Formation continue en ligne de 5 heures

Destinée aux infirmières et infirmiers intéressés
par les soins d'urgence ou les soins critiques

Accréditée **UQAR**
Service de la
formation continue

Débutez la formation > **AVERTIS.CA**



15% DE RABAIS

Code promotionnel: PERSPECTIVES
En vigueur jusqu'au 31 mars 2018



PROFESSIONNELS
AVERTIS

Ce n'est pas la joie, tous ces cris!

Étude pilote sur une démarche d'interventions pour les personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer

Par **Anne Bourbonnais**, inf., Ph. D., **Francine Ducharme**, inf., Ph. D., **Philippe Landreville**, psy., Ph. D., **Cécile Michaud**, inf., Ph. D., **Marie-Andrée Gauthier**, inf., M. Sc., et **Marie-Hélène Lavallée**, inf., M. Sc.



personne âgée et qui expliquent ses manières d'agir. Ils sont, par conséquent, des indices de son mal-être (Graneheim, Norberg et Jansson, 2001; Norberg, 1996).

L'objectif de cet article est de présenter une démarche novatrice d'interventions infirmières qui s'appuie sur ces sens pour améliorer le bien-être des personnes âgées qui crient comme M^{me} Desjardins. Cette démarche vise aussi à soutenir les proches aidants et les soignants, qui doivent composer avec les cris. Nous exposerons également les résultats d'une étude pilote axée sur cette démarche.

Des cris qui ont des sens

Cette démarche est importante pour améliorer la qualité des soins, car les cris ont des conséquences importantes. Pour la personne âgée, ils peuvent mener à l'institutionnalisation, à l'isolement social et à une surmédication (Draper, Snowden, Meares, Turner, Gonski, McMinn et al., 2000; Murman, Chen, Powell, Kuo, Bradley et Colenda, 2002; Sloane, Davidson, Buckwalter, Lindsey, Ayers, Lenker et al., 1997). Dans un contexte de CHSLD, ils peuvent générer des comportements réactionnels chez les autres résidents et altérer leur qualité de vie. Par ailleurs, les proches ressentent de l'impuissance et de la culpabilité face aux cris, ce qui peut entraîner une réduction des visites (Bourbonnais et Ducharme, 2010; Minematsu, 2006). De leur côté, les soignants éprouvent souvent un sentiment de culpabilité et voient augmenter leur fardeau au travail. Ces conséquences ont à leur tour des effets sur la personne âgée. Par exemple, il a été prouvé que lorsque les visites des proches sont plus rares ou que les soignants ressentent un plus grand fardeau au travail, les comportements qui semblent inappropriés sont plus fréquents (Edvardsson, Sandman, Nay et Karlsson, 2008; Minematsu, 2006).

Pour réduire la fréquence des cris, plusieurs types d'intervention ont été évalués. Les médicaments sont peu efficaces (Barton, Findlay et Blake, 2005; von Gunten et al., 2008), en plus de provoquer des effets indésirables (Livingston, Johnston, Katona, Paton et Lyketsos, 2005). Ils sont indiqués seulement lorsque les cris ont un lien direct avec une douleur ou une dépression (Bourbonnais, 2016).

Ce sont plutôt les approches non pharmacologiques qui sont recommandées. Toutefois, les études visant à évaluer leur efficacité sur les cris ont eu des effets cliniques limités (Bédard et Landreville, 2005; Bédard, Landreville, Voyer, Verreault et Vézina, 2011; Bensink, Eaton, Morrison, Cook, Curtis, Gordon et al., 2013; Bourbonnais et Ducharme, 2008; Cohen-Mansfield et Werner, 1997; von Gunten et al., 2008; von Gunten, Favre, Gurtner et Abderhalden, 2011). Les approches qui semblent les plus prometteuses sont celles qui sont individualisées, qui incluent plusieurs interventions et qui permettent de former les soignants pour qu'ils soient en mesure de déterminer le sens des cris (Randall et Clissett, 2015).

Aussitôt que vous arrivez, vous l'entendez. M^{me} Desjardins crie encore : « Au secours! Au secours! » Mais que faire pour l'apaiser?

Les personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe¹, comme M^{me} Desjardins, peuvent adopter différents comportements en réaction à ce qu'elles vivent. Les comportements vocaux, que nous appelons des cris, font partie de ces modes de réaction. Ils peuvent se traduire par une répétition de mots ou par d'autres manifestations vocales qui semblent inappropriées. Ces différents comportements vocaux sont parfois regroupés, avec d'autres signes, sous l'appellation de « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » (SCPD).

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), 13 à 60 % des résidents ont des comportements vocaux sous forme de cris; ces comportements sont donc extrêmement fréquents et persistants (Beck, Richards, Lambert, Doan, Landes, Whall et al., 2011; von Gunten, Alhawaqil, Abderhalden, Needham et Schupbach, 2008). Les cris ne sont pas une réaction pathologique (Dupuis, Wiersma et Loisele, 2012) : ils ont des sens qui reflètent ce que ressent et pense la

Dans le respect de ces caractéristiques, des chercheurs ont élaboré une nouvelle démarche d'interventions fondée sur le sens des cris des personnes âgées et sur une approche participative associant des proches aidants et des soignants, l'objectif étant d'améliorer le bien-être de toutes les personnes concernées (Bourbonnais et Lavallée, 2014). Cette démarche comporte au moins une rencontre mensuelle entre les proches et les soignants, qui est répétée pendant au moins trois mois pour réaliser six étapes s'appuyant sur cinq principes.

Principes et étapes de la démarche d'interventions

D'après ces principes, la démarche doit inclure les aspects suivants : a) un *partenariat proches aidants/soignants*, ce qui signifie que ces derniers doivent réfléchir ensemble pour déterminer et mettre en œuvre ensemble des actions qui contribueront au bien-être de la personne âgée; b) la *détermination du sens des cris*, c'est-à-dire la recherche de la raison d'être de ce comportement; c) l'association de ce sens à de *multiples interventions*; d) la *personnalisation* de ces interventions; et e) une *réflexion active*, en équipe, tout au long de la démarche.

Pour mettre ces principes en application, les soignants, en partenariat avec les proches aidants, suivent les six étapes suivantes :

- 1) **Combiner diverses stratégies de détermination du sens des cris.** Par exemple, dans le cas de M^{me} Desjardins, on peut lui poser des questions directement ou l'examiner/observer (stratégies d'exploration), et l'on peut comparer ses cris avec ceux d'autres personnes âgées (stratégie de déduction).
- 2) **Déterminer les sens possibles des cris.** Par exemple, M^{me} Desjardins est insatisfaite de la place où on l'assied, elle ressent de la douleur l'après-midi et elle a des besoins émotionnels liés à l'anxiété.
- 3) **Associer une catégorie d'interventions à chacun des sens.** Par exemple, le sens lié aux besoins émotionnels de M^{me} Desjardins peut être associé à la catégorie des interventions communicatives et socioaffectives.
- 4) **Imaginer des interventions spécifiques pour chaque catégorie d'interventions.** Par exemple, pour la catégorie des interventions communicatives, on associe à M^{me} Desjardins l'utilisation de phrases courtes et le recours à l'humour. Pour la catégorie socioaffective, on fera en sorte de l'asseoir près d'un autre résident apprécié et d'utiliser la présence simulée de sa fille.
- 5) **Désigner les personnes qui sont responsables de chaque intervention.** Par exemple, l'ensemble des soignants de M^{me} Desjardins est responsable des interventions communicatives, et sa préposée est chargée de l'installer de manière à pouvoir utiliser la présence simulée de sa fille en matinée, au moment des cris liés à l'anxiété.
- 6) **Réajuster les interventions.** Par exemple, avec l'aide de la fille de M^{me} Desjardins, les soignants décèlent un nouveau sens lié à la faim en soirée (besoin physique), et ils planifient ensemble des interventions pour y répondre.

Après l'élaboration de cette démarche, une étude pilote a été menée pour évaluer ses effets sur les personnes âgées, les proches et les soignants, ainsi que pour vérifier la faisabilité de son implantation en CHSLD (**Encadré 1**). Le rapport de recherche contenant une présentation détaillée de la démarche et des résultats de l'étude est disponible en ligne (Bourbonnais, Ducharme, Landreville, Michaud, Lavallée et Gauthier, 2017).

Encadré 1 Sens des cris des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer – Méthodologie de l'étude pilote

Une approche de recherche-action avec méthodes mixtes a été utilisée. Quatorze triades – composées d'une personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer et présentant des comportements vocaux, de l'un de ses proches aidants et de un ou deux soignants – ont été recrutées dans cinq CHSLD (n = 43). Les soignants étaient des infirmières, infirmières auxiliaires, préposés ou éducateurs spécialisés. Pendant l'étude, quatre personnes âgées sont décédées, et un proche a abandonné le projet. Des données complètes ont donc pu être obtenues pour neuf triades.

Les données ont été collectées au moyen d'outils standardisés à quatre moments (avant l'implantation, ainsi qu'après un, deux et trois mois d'implantation) pour mesurer les effets de la démarche sur les personnes âgées, sur leurs proches et sur leurs soignants (**Tableau 1**). Ces outils ont permis de mesurer la fréquence des cris, le bien-être de la personne âgée, ainsi que la perception de dérangement par les cris, la prise de décisions en partenariat et la capacité d'agir (*empowerment*) ressentie par les proches et les soignants au moment des cris. Des données ont aussi été recueillies lors des entretiens individuels que nous avons menés avec six proches aidants et soignants pour leur permettre de mieux comprendre le processus d'implantation de la démarche et ses effets. Par ailleurs, des entretiens de groupe ont eu lieu à trois reprises avec des leaders locaux afin qu'ils nous aident à améliorer l'implantation de la démarche.

Effets positifs sur le bien-être de chacun et amorce d'un travail en partenariat²

La démarche a eu des effets positifs, qui sont décrits ci-dessous et répartis en deux thèmes. Les résultats quantitatifs obtenus avec les outils de mesure ont été associés à ces thèmes.

Thème 1 : Une nouvelle vision de la personne âgée grâce à l'écoute et à une curiosité renouvelée

L'un des effets de la démarche est un changement de perspective chez les soignants et les proches aidants, qui ont fait preuve d'une empathie accrue à l'égard de la personne âgée. Ils se sont montrés plus intéressés à connaître cette dernière. Ils lui parlaient davantage et étaient plus attentifs à ses propos.

Les proches et les soignants avaient aussi une nouvelle curiosité à l'égard de la « langue des cris ». Ils ont indiqué qu'ils tentaient de se mettre à la place de la personne âgée qui crie, pour mieux la comprendre et pour ne plus considérer les cris comme « normaux ». Ce changement de perspective a amené certains proches à redécouvrir la personne âgée comme ils la connaissaient avant son hébergement. L'une des soignantes a expliqué ainsi les changements qui ont eu lieu dans une relation mère-fille :

« La fille a souligné à plus d'une reprise qu'elle avait le sentiment de redécouvrir sa mère et qu'elle avait hâte de revenir voir sa mère parce qu'elle était plus..., sans nécessairement être présente, mais c'est au niveau de la qualité de présence, [...] juste de pouvoir s'approcher sans qu'il y ait des cris, juste de pouvoir la toucher. Pour sa fille, juste de voir sa mère sourire, ou bien rire, c'est comme de voir la lumière dans ses yeux, c'est le jour et la nuit pour elle, elle est emballée du résultat. »

Thème 2 : Des changements d'habitudes qui influencent la triade

La démarche a contribué à engendrer des changements dans les habitudes des personnes âgées, des proches et des soignants. Les proches et les soignants ont signalé une diminution de la fréquence des cris. Ils ont évalué l'amélioration clinique comme étant importante. Les données quantitatives ont confirmé cet effet en montrant une réduction progressive des cris qui s'est avérée statistiquement significative ($p = 0,047$), malgré la taille modeste de l'échantillon.

La démarche a aussi eu des effets positifs sur le bien-être des personnes âgées. Il a été constaté que certaines paraissaient plus sereines. Cet effet s'est révélé lui aussi statistiquement significatif ($p = 0,017$). Aucun changement n'a été observé dans le nombre de prescriptions de médicaments pour les cris.

Les cris étaient perçus comme moins dérangeants pour les soignants : « *Maintenant je ne trouve plus ça dérangeant parce que je sais, quand il crie, que c'est pour un besoin. Avant je me disais qu'il criait peut-être dans le vide.* »

Cet effet a été moins important pour les proches. Ceux-ci craignaient surtout que les cris dérangent les autres. Les résultats quantitatifs confirment cette tendance. Chez les soignants, la diminution du dérangement est significative ($p = 0,045$), alors qu'elle ne l'est pas pour les proches.

Les résultats sous l'angle de la prise de décisions en partenariat sont plus mitigés. L'attitude des soignants quant à la contribution des proches pour les soins a évolué de façon positive, et les proches étaient plus à l'aise avec les soignants. Certains proches ont souligné que la démarche permettait d'avoir un but commun avec les soignants, ce qui facilitait les relations.

Les résultats quantitatifs confirment ces changements. L'attitude des soignants envers le partenariat avec les proches a montré une tendance à l'amélioration ($p = 0,057$). Quant à leur attitude au sujet de la contribution que les proches peuvent apporter dans les soins, elle s'est significativement améliorée ($p = 0,01$). Toutefois, peu de changements ont été observés dans leur attitude en

ce qui concerne la capacité des familles à résoudre des problèmes en partenariat. De même, les perceptions des soignants et des proches sur le partage du pouvoir dans les décisions et sur la participation des familles aux soins ont peu changé. Ces résultats montrent que les soignants trouvaient facilitant l'apport des proches comme source d'information, mais ne mettaient pas nécessairement en œuvre des actions susceptibles de favoriser leur participation aux soins.

Les proches et les soignants ont indiqué qu'ils avaient une plus grande capacité d'agir (*empowerment*) au moment des cris. Plusieurs soignants ont jugé la démarche utile pour intervenir et l'ont utilisée auprès d'autres personnes âgées. Selon eux, cette démarche leur permettait d'assurer des soins à temps plutôt que de prendre plus de temps. Quant aux proches, la démarche a augmenté leur confiance dans leur façon d'être avec la personne âgée. Les résultats quantitatifs viennent confirmer ces changements. Chez les soignants, l'augmentation de l'*empowerment* s'est avérée significative ($p = 0,043$). Pour ce qui est des proches, bien que l'évolution ne soit pas statistiquement significative, les données montrent une forte tendance vers une amélioration.

Défis de la démarche et stratégies d'implantation

L'étude pilote a montré que l'implantation de cette démarche en CHSLD était faisable moyennant l'utilisation combinée de plusieurs stratégies. Certains défis liés à la démarche elle-même se sont posés, entre autres parce que les proches et les soignants devaient effectuer une réflexion ensemble, ce à quoi ils n'étaient pas habitués. La démarche suppose également un processus continu qui amenait parfois les soignants à exprimer du découragement face à la nécessité de recommencer leurs efforts. Certains s'attendaient à ce que la démarche fasse disparaître les cris, alors qu'elle vise plutôt à augmenter le bien-être de tous.

Pour surmonter ces défis, une formation de sept heures a été donnée à 210 soignants. Le questionnaire d'évaluation post-formation a permis de constater un taux de satisfaction compris entre 97 et 100 %. Des capsules de formation ont aussi été offertes dans les unités de soins des cinq CHSLD

Tableau 1 Outils de collecte des données

Concepts / Variables	Outils	Participants
Fréquence des cris	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), échelle fréquence, (Cohen-Mansfield, 1991)	À propos des personnes âgées, mais réponses aux questions par un de leurs soignants
Bien-être	Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUALID) (Weiner, Martin-Cook, Svetlik, Saine, Foster et Fontaine, 2000)	
Capacités cognitives	Examen de Folstein sur l'état mental (MMSE) (Folstein, Folstein et McHugh, 1975)	
Consommation de médicaments	Relevé des prescriptions par l'infirmière	Proches aidants Soignants
Prise de décisions en partenariat	Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR) (Maas et Buckwalter, 2015b) (pour les proches)	
	Staff Perceptions of Caregiving Role (SPCR) et Attitudes about Families Checklist (AFC) (Maas et Buckwalter, 2015a, 1993) (pour les soignants)	
Dérangement provoqué par les cris	Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), échelle de dérangement (Cohen-Mansfield, 1991)	
Capacité d'agir (<i>empowerment</i>) au moment des cris	Question unique sur une échelle de 0 à 100 mm : « Quand mon proche/la personne âgée crie, je sens que je peux faire quelque chose pour lui/elle. »	
Perceptions du processus d'implantation et des effets de la démarche	Entretiens qualitatifs semi-structurés individuels	Soignants agissant comme leaders locaux
Perceptions et réflexion sur le processus d'implantation de la démarche	Entretiens qualitatifs de groupe	

participant à l'étude. Des leaders locaux agissant à titre de modèles ont aussi été désignés au sein de chaque unité.

D'autres défis découlaient des caractéristiques des soignants, par exemple, le fait qu'ils étaient peu habitués à agir en partenariat avec les familles. Les proches aidants et les soignants s'attendaient à ce que les cris cessent rapidement. Pour surmonter ces défis, un outil a été créé pour les soignants afin de les aider à amorcer le partenariat. Une affiche a aussi été conçue pour faire ressortir les buts de la démarche. De plus, les équipes ont bénéficié du soutien des coordonnatrices de recherche, qui étaient des infirmières titulaires d'une maîtrise.

Enfin, certains défis ont découlé de l'organisation du travail, par exemple, les changements dans les équipes de soins ou les ratios résidents-soignants élevés. Il a été constaté que la continuité des soins entre les quarts de travail s'avérait souvent difficile. Une revue des écrits a été réalisée à ce sujet. Bien que très peu d'écrits existent sur les meilleures pratiques en la matière, il a été possible d'en déduire que la combinaison de stratégies écrites et orales était à privilégier (Alvarado, Lee, Christoffersen, Fram, Boblin, Poole et al., 2006). Les milieux ont donc été encouragés à mettre en œuvre des moyens oraux et écrits adaptés à leur culture locale.

Les participants à l'étude ont estimé que la démarche était claire et structurée, ce qui facilitait son utilisation. Ils ont trouvé que les rencontres étaient utiles, puisqu'elles leur avaient permis de mieux se connaître. Toutefois, l'organisation des rencontres avec les familles a rendu plus difficile la réalisation de la démarche en raison d'un manque de disponibilité ou de flexibilité des proches ou des soignants.

En somme, bien qu'il ait été impossible d'éliminer l'ensemble des contraintes de la démarche, des stratégies favorisant son implantation ont été définies (Bourbonnais, Ducharme, Landreville, Michaud, Gauthier et Lavallée, soumis; 2017).

Discussion

L'étude a montré que la démarche pouvait avoir des effets positifs tant sur les personnes âgées que sur les proches et les soignants. De plus, il est possible de l'implanter en CHSLD en combinant plusieurs stratégies de façon intensive.

S'agissant des effets de la démarche, les proches et les soignants semblent avoir posé un regard différent sur les personnes âgées, et ils ont montré une plus grande empathie envers elles. Ce changement peut être un indice dénotant que la culture dans le secteur des CHSLD – c'est-à-dire les valeurs, les croyances et les normes collectives du milieu – a évolué progressivement durant le projet. Cette évolution a contribué à réduire la fréquence des cris chez les personnes âgées et à augmenter leur bien-être.

Aucun changement n'a été observé quant au nombre de prescriptions concernant les médicaments utilisés pour les cris. Il est reconnu que la déprescription se heurte à plusieurs obstacles dans les CHSLD (Palagyi, Keay, Harper, Potter et Lindley, 2016). Il convient toutefois de souligner qu'elle n'était pas directement visée par la démarche.

Par ailleurs, les proches et les soignants étaient moins dérangés par les cris. Dans certaines triades, un partenariat a été forgé. L'attitude des soignants à l'égard des familles a évolué de façon positive, mais la perception du partage de pouvoir entre les proches et les soignants a peu évolué. Par contre, tant les proches que les soignants ont rapidement vu leur *empowerment* augmenter lorsqu'ils étaient confrontés à des cris. Selon Caspar et O'Rourke (2008), cet effet sur l'*empowerment* des soignants pourrait être associé à une offre de soins plus individualisée.

En ce qui concerne l'implantation, les résultats soulignent l'importance d'utiliser un large éventail de stratégies; ils corroborent ainsi les conclusions d'une revue des écrits portant sur le changement des pratiques en CHSLD (Caspar, Cooke, Phinney et Ratner, 2016). Les auteurs de cette revue des écrits mentionnent aussi la reconnaissance des efforts positifs et l'augmentation de la motivation des soignants comme des facteurs décisifs.

L'implantation de la démarche a aussi permis de constater que plusieurs soignants, y compris des infirmières, étaient mal à l'aise pour amorcer un partenariat avec les familles. Ce malaise a été étayé dans certains écrits (Bauer et Nay, 2003; Duhamel, Dupuis, Turcotte, Martinez et Goudreau, 2015). Le travail en partenariat est perçu comme un changement dans la manière de travailler, et il nécessite un accompagnement. Durant le projet, on a pu constater qu'avec du soutien et des outils pour guider les soignants, il était possible de favoriser ce partenariat.

Par ailleurs, le projet a fait ressortir que la continuité des soins présentait des défis importants en CHSLD. On en sait peu sur les méthodes susceptibles de favoriser cette continuité. Il conviendrait par conséquent d'élaborer des stratégies adaptées aux soins de longue durée et à la composition de l'équipe de soins, comprenant plusieurs préposés.

L'étude pilote présente certaines limites, entre autres, l'absence d'un groupe contrôle pour s'assurer que les effets découlent bien de l'intervention, ainsi que la taille modeste de l'échantillon, qui ne permet pas de généraliser

Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava
Ungava Tulattavik Health Center

UNE OPPORTUNITÉ UNIQUE
Temps complet ou contrat court terme | Prime d'éloignement, de rétention, de vie chère et supplément salarial en points de services

Apprentissage progressif au travail en rôle élargi

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

VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !
rh.ungava@ssss.gouv.qc.ca
Tél. : 819 964-2905 | Téléc. : 819 964-2071

les effets mesurés. En revanche, la crédibilité des résultats est renforcée par un échantillon qui inclut des participants et des milieux ayant des caractéristiques diversifiées.

Recommandations

Étant donné les effets positifs, cette démarche pourrait être mise en œuvre pour améliorer la qualité des soins offerts aux personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer et manifestant des comportements vocaux. L'étude a permis de définir des stratégies concrètes qui peuvent être utilisées pour favoriser l'implantation de cette démarche complexe en CHSLD (Bourbonnais et al., 2017). Les résultats permettent aussi de recommander que l'on renforce les capacités des infirmières et des autres membres de l'équipe de soins pour leur permettre de travailler en partenariat avec les familles non seulement comme source d'information, mais aussi dans la recherche et l'application de solutions.

Les cris de M^{me} Desjardins, comme les autres SCPD, sont fréquents en CHSLD. Il est toutefois possible, dans ces situations, d'améliorer le bien-être de tous. L'étude a montré le potentiel d'une démarche d'interventions qui vise à améliorer non seulement la qualité de vie des résidents des CHSLD, mais aussi celle des personnes qui leur rendent visite et qui les soignent. ■

Les auteurs



Anne Bourbonnais est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille et chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.



Francine Ducharme est doyenne et professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Philippe Landreville est psychologue et professeur titulaire à la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval.



Cécile Michaud est professeure émérite à l'École de sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil.



Marie-Andrée Gauthier est assistante infirmière-chef en prévention et contrôle des infections au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest.



Marie-Hélène Lavallée est conseillère en pratique infirmière avancée au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Remerciements

Nous remercions les personnes âgées, les familles, les soignants et les gestionnaires des CHSLD qui ont généreusement accepté de participer à ce projet. L'étude qui a permis d'élaborer la démarche d'interventions a été financée par la Fondation du Centre gériatrique Maimonides Donald Berman et par le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRISIQ). Le projet pilote a été financé par la Société Alzheimer du Canada.

Notes

1. Toute référence à la maladie d'Alzheimer inclut aussi les maladies apparentées, telles que la maladie vasculaire, mixte, frontotemporale ou à corps de Lewy.
2. Les caractéristiques des personnes qui ont participé à l'étude sont présentées dans le rapport de recherche (voir http://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/documents/Rapport_de_recherche-Projet_cris_2013-2016-final_avec_ISBN.pdf).

Références

- Alvarado, K., Lee, R., Christoffersen, E., Fram, N., Boblin, S., Poole, N., . . . Forsyth, S. (2006). Transfer of accountability: Transforming shift handover to enhance patient safety. *Healthcare Quarterly*, 9(Sp), 75-79. Repéré à <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2006.18464>
- Barton, S., Findlay, D. et Blake, R. A. (2005). The management of inappropriate vocalisation in dementia: A hierarchical approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(12), 1180-1186.
- Bauer, M. et Nay, R. (2003). Family and staff partnerships in long-term care: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(10), 46-53.
- Beck, C., Richards, K., Lambert, C., Doan, R., Landes, R. D., Whall, A., . . . Feldman, Z. (2011). Factors associated with problematic vocalizations in nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 51(3), 389-405. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq129>
- Bédard, A. et Landreville, P. (2005). Étude préliminaire d'une intervention non-pharmacologique pour réduire l'agitation verbale chez les personnes atteintes de démence. *Canadian Journal on Aging*, 24(4), 319-328.
- Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R. et Vézina, J. (2011). Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs. *Aging and Mental Health*, 15(7), 855-865. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.569480>
- Bensink, M. E., Eaton, L. H., Morrison, M. L., Cook, W. A., Curtis, R. R., Gordon, D. B., . . . Doorenbos, A. Z. (2013). Cost effectiveness analysis for nursing research. *Nursing Research*, 62(4), 279-285. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817285>

Suite à la page 32 >

FORMATION CONTINUE accréditée À DISTANCE

/ PAR ENVOI POSTAL / TOUT AU LONG DE L'ANNÉE /
/ NE NÉCESSITE PAS D'ORDINATEUR / PARTOUT AU QUÉBEC /

ÉTÉ 2017

LE TRAITEMENT DU DIABÈTE : MÉDICAMENT ET INSULINOTHÉRAPIE
par Sylvie Rajotte, éducatrice agréée en diabète

LES STOMIES : COMPRENDRE ET INTERVENIR
par Marie-Claude Racine, infirmière B. SC.

LA NUTRITION : DU MODE DE VIE AU TRAITEMENT
par Isabelle Marinacci, nutritionniste DT. P.

LE DIABÈTE DE A À Z
par Sylvie Rajotte, éducatrice agréée en diabète

OBTENEZ JUSQU'À **10 HEURES**
DE FORMATION CONTINUE ACCRÉDITÉES
POUR **150 \$** OU MOINS

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

www.cliniquesanteoptimale.com
info@cliniquesanteoptimale.com
T. 450 494-1876

CLINIQUE SANTÉ OPTIMALE

Bourbonnais, A. (2016). Intervention dernier cri! Le Médecin du Québec, 51(3), 33-37. Repéré à <https://fnmq-mdq.s3.amazonaws.com/2016/03/03-037-MmeBourbonnais-0316.pdf>

Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2008). Screaming in elderly persons with dementia: A critical review of the literature. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 7(2), 205-225.

Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2010). The meanings of screams in older people living with dementia in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1172-1184. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610209991670>

Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Gauthier, M.-A. et Lavallée, M.-H. (soumis). An action research to optimize the well-being of older people: Some challenges, but also strategies to implement a complex intervention in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*.

Bourbonnais, A., Ducharme, F., Landreville, P., Michaud, C., Lavallée, M.-H. et Gauthier, M.-A. (2017). Évaluation pilote d'une démarche d'interventions basée sur les sens des cris de personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer en centre de soins de longue durée (Rapport de recherche). Repéré à http://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/documents/Rapport_de_recherche-Projet_cris_2013-2016-final_avec_ISBN.pdf

Bourbonnais, A. et Lavallée, M.-H. (2014). Une démarche d'interventions basées sur les sens des cris de personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer en centre de soins de longue durée – Manuel des proches aidants et des soignants. Montréal : Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Caspar, S., Cooke, H. A., Phinney, A. et Ratner, P. A. (2016). Practice change interventions in long-term care facilities: What works, and why? *Canadian Journal of Aging*, 35(3), 372-384. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/S0714980816000374>

Caspar, S. et O'Rourke, N. (2008). The influence of care provider access to structural empowerment on individualized care facilities. *Journal of Gerontology: Social Science*, 63B(4), S255-S265.

Cohen-Mansfield, J. (1991). *Instruction manual for the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*. Rockville (MA) : The Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington.

Cohen-Mansfield, J. et Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in the nursing home. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 52A, M369-M377.

Draper, B., Snowdon, J., Meares, S., Turner, J., Gonski, P., McMinn, B., . . . Luscombe, G. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International Psychogeriatrics*, 12(3), 333-344.

Duhamel, F., Dupuis, F., Turcotte, A., Martinez, A. M. et Goudreau, J. (2015). Integrating the illness Beliefs Model in clinical practice: A Family Systems Nursing knowledge utilization model. *Journal of Family Nursing*, 21(2), 322-348. Repéré à [doi.org/10.1177/1074840715579404](http://dx.doi.org/10.1177/1074840715579404)

Dupuis, S. L., Wiersma, E. et Loiseleur, L. (2012). Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care. *Journal of Aging Studies*, 26(2), 162-173. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2011.12.001>

Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. et Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764-776.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). « Mini-Mental State »: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189.

Graneheim, U. H., Norberg, A. et Jansson, L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and

'behavioural disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 256-265.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J. et Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.

Maas, M. L. et Buckwalter, K. C. (1993). *Staff Perceptions of Caregiving Role (SPCR)*. Repéré à <https://nursing.uiowa.edu/sites/default/files/documents/hartford/Staff%20Perceptions%20of%20Caregiving%20Role%20%28SPCR%29.pdf>

Maas, M. L. et Buckwalter, K. C. (2015a). *Attitudes about Families Checklist (AFC)*. Repéré à <https://nursing.uiowa.edu/sites/default/files/documents/hartford/Attitudes%20about%20Family%20Caregiving.pdf>

Maas, M. L. et Buckwalter, K. C. (2015b). *Family Perceptions of Caregiving Role (FPCR)*. Repéré à <https://nursing.uiowa.edu/sites/default/files/documents/hartford/Family%20Perceptions%20of%20Caregiving%20Role%20%28FPCR%29.pdf>

Minematsu, A. (2006). The frequency of family visits influences the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) of aged people with dementia in a nursing home. *Journal of Physical Therapy Science*, 18, 123-126.

Morse, J. M., Penrod, J. et Hupcey, J. E. (2000). Qualitative outcome analysis: Evaluating nursing interventions for complex clinical phenomena. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 125-130.

Murman, D. L., Chen, Q., Powell, M. C., Kuo, S. B., Bradley, C. J. et Colenda, C. C. (2002). The incremental direct costs associated with behavioral symptoms in AD. *Neurology*, 59, 1721-1729.

Norberg, Å. (1996). Perspectives of an institution-based research nurse. *International Psychogeriatrics*, 8(Suppl. S3), 459-463. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610297003852>

Palagyi, A., Keay, L., Harper, J., Potter, J. et Lindley, R. I. (2016). Barricades and brickwalls—A qualitative study exploring perceptions of medication use and prescribing in long-term care. *BMC Geriatrics*, 16, 15. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-016-0181-x>

Randall, E. W. et Clissett, P. C. (2015). What are the relative merits of interventions used to reduce the occurrences of disruptive vocalisation in persons with dementia? A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 11(1), 4-17. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12083>

Sloane, P. D., Davidson, S., Buckwalter, K., Lindsey, A., Ayers, S., Lenker, V. et Burgo, L. (1997). Management of the patient with disruptive vocalization. *The Gerontologist*, 37(5), 675-682.

Von Gunten, A., Alnawazil, A.-M., Abderhalden, C., Needham, I. et Schubach, B. (2008). Vocally disruptive behavior in the elderly: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 653-672.

Von Gunten, A., Favre, M., Gurtner, C. et Abderhalden, C. (2011). Vocally disruptive behavior (VDB) in the institutionalized elderly: A naturalistic multiple case report. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(3), e110-e116. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2010.08.008>

Weiner, M. F., Martin-Cook, K., Svetlik, D. A., Saine, K., Foster, B. et Fontaine, C. S. (2000). The Quality of Life in Late-Stage Dementia (QUAL-ID) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 1, 114-116.



DES RATIOS SÉCURITAIRES UNE QUESTION DE SANTÉ, DE SÉCURITÉ ET D'HUMANITÉ

Pour en savoir plus
fiqsante.qc.ca



FIQ | SECTEUR PRIVÉ



Répondre au besoin d'information des personnes qui ont récemment reçu un diagnostic de maladie chronique

Mise en perspective s'inspirant de l'oncologie

Par **Josiane Quirion**, inf., M. Sc. et **Lise Fillion**, inf., Ph. D.

Les maladies chroniques pouvant être définies comme « des maladies présentant un cours prolongé qui ne se résolvent pas spontanément et pour lesquelles une cure complète est peu souvent atteinte » (McKenna et Collins, 2010, traduction libre, p. 4), elles nécessitent une prise en charge différente des maladies dites aiguës.

Lorsqu'est posé un diagnostic de cancer, que plusieurs auteurs suggèrent de considérer comme une maladie chronique, les personnes atteintes de la maladie et leurs proches, que nous identifions comme les personnes soignées, s'inscrivent dans un processus d'adaptation global (McCorkle et al., 2011) et présentent de nouveaux besoins (Fitch, 2008). L'un de ces besoins se distingue des autres, puisque les infirmières et les autres professionnels de la santé auraient le potentiel d'y répondre dans le cadre de la plupart de leurs interventions : le besoin d'information (**Figure 1**).

Il est important de préciser que l'expression « personnes soignées » fait à la fois référence aux personnes diagnostiquées de la maladie et à leurs proches, ces derniers s'inscrivant aussi dans un processus d'adaptation et présentant des besoins qui, dans une pratique optimale, doivent être pris en considération au même titre que ceux des personnes ayant reçu le diagnostic.

Ce besoin d'information est présent de façon plus marquée au cours de la période suivant le diagnostic, mais précédant le début des traitements (Halkett et al., 2012; Matsumaya et al., 2013). Son importance ne doit pas être sous-estimée. Une réponse adaptée aux besoins d'information favoriserait d'ailleurs le recours à des stratégies d'adaptation actives et efficaces des personnes soignées (Chelf et al., 2001; Montgomery et McCrone, 2010). Divers modèles infirmiers soulignent l'importance de soutenir les personnes soignées dans leurs efforts d'autogestion (*self management*) par une éducation à la santé adaptée.



En ce sens, pour parvenir à une auto-gestion de leur condition, les personnes soignées doivent avoir accès à de nouvelles informations, développer de nouvelles habiletés et acquérir de la confiance (Wagner et al., 2001).

Les infirmières et infirmiers détiennent de nombreux savoirs, notamment en matière de soins centrés sur la personne et de besoins de la personne, ce qui leur permet d'éduquer et de soutenir les personnes soignées dans leur expérience de santé et dans leurs efforts d'autogestion. Plus encore, le personnel infirmier possède des compétences en interdisciplinarité. Au-delà de leur place privilégiée dans la relation de soin auprès des personnes soignées, elles sont souvent bien positionnées pour répondre aux besoins des personnes et assurer la coordination des soins auprès de divers professionnels, advenant la nécessité d'orienter les personnes soignées vers un service spécialisé.

Or, comment répondre de façon efficace et efficiente aux besoins d'information des personnes soignées dans la période qui suit le diagnostic de la maladie et précède le début des traitements? Cet article vise à amorcer une réflexion et à proposer différentes pistes de solution aux infirmières et infirmiers en vue de les aider à relever

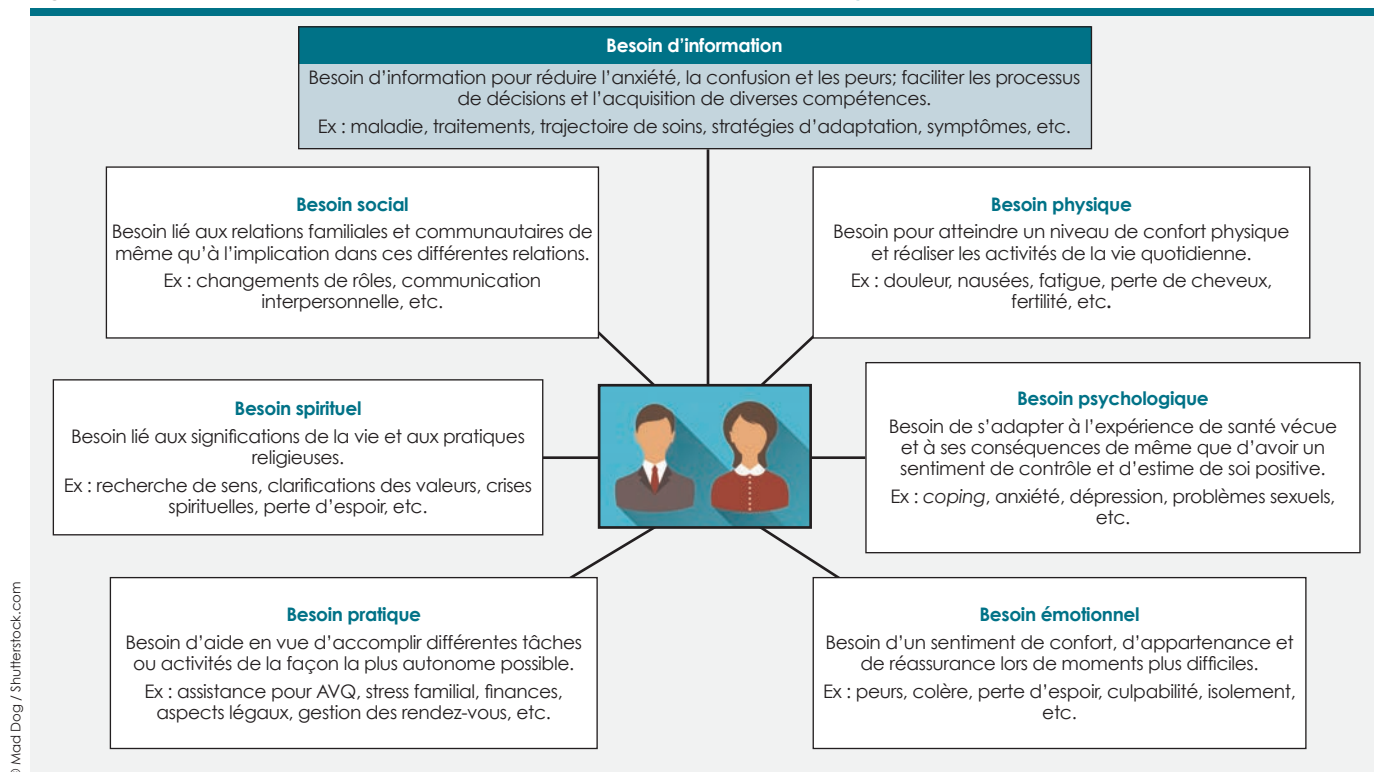
les principaux défis auxquels ils font face lorsqu'ils souhaitent répondre aux besoins d'information des personnes soignées.

Défis

Dans un contexte où les trajectoires de soins sont complexes et où le mode de soins ambulatoire est répandu, il importe de revoir et d'adapter l'offre des services visant la réponse aux besoins d'information des personnes soignées. La trajectoire de soins en oncologie a l'avantage d'être définie de façon plus explicite que celle d'autres maladies chroniques (**Figure 2**). Le Partenariat canadien contre le cancer (PCCC) a établi cette trajectoire selon différents moments de transition importants, comme le premier diagnostic et le début des traitements (Howell et al., 2009). Ces moments, ciblés comme cruciaux pour le dépistage de la détresse (Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer, 2012), devraient aussi être considérés dans l'offre de soins et de services visant à répondre aux besoins d'information des personnes soignées.

Les personnes soignées présentent différents besoins d'information qui leur sont propres et qui évolueront tout au long de la trajectoire de soins (Fitch, 2008). Ils concernent principalement le diagnostic, le traitement, l'espérance

Figure 1 Différents besoins pouvant être présents chez les personnes soignées



Le graphisme des figures a été réalisé par Éric Morin, graphiste au service d'illustration médicale du CHU de Québec. Source : Adaptation et traduction libre de Fitch, 2008.

de vie et la trajectoire de soins globale (Clayman et al., 2008; Hart et al., 2015; Galloway et al., 1997; Luker et al., 1995). Les professionnels de la santé devraient accorder une attention particulière à la considération et à la réponse de ces besoins présentés par les personnes soignées, particulièrement lors de la période critique du diagnostic.

Une telle intervention comporte toutefois de nombreux défis. Compte tenu de l'unicité et de la réalité de chaque personne soignée, du professionnel et du contexte de pratique, il s'avère difficile pour les infirmières et infirmiers :

- de répondre adéquatement aux besoins d'information des personnes soignées;
- d'offrir des soins adaptés et centrés sur la personne;
- de systématiser la réponse aux besoins d'information dans la période qui suit le diagnostic et précède les traitements;
- d'assurer un suivi dans la continuité et la cohérence de l'information tout au long de la trajectoire de soins;
- d'optimiser le temps et les ressources disponibles.

En dépit de ces défis qui peuvent freiner les infirmières, il

se présente de nombreuses pistes de solution qui ont le potentiel d'optimiser la réponse aux besoins d'information au cours de la période entourant l'annonce du diagnostic, de réduire le niveau de détresse émotionnelle (Fitch, 2008) et d'encourager le développement des capacités d'autogestion des personnes soignées.

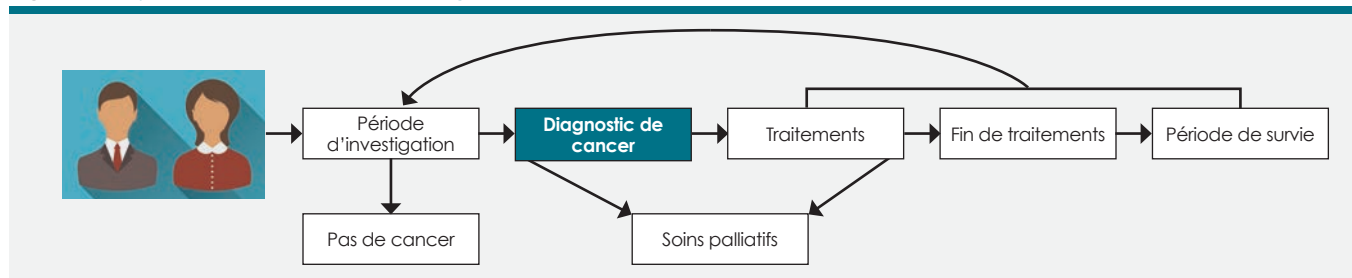
Pistes de solution

Afin de parvenir à répondre adéquatement aux besoins d'information des personnes soignées dans la période du diagnostic, les infirmières et les autres professionnels de la santé peuvent mettre en œuvre les pistes de solution suivantes.

Avant l'intervention :

- Déterminer des moments charnières dans leur trajectoire de soins pour évaluer les besoins d'information des personnes soignées et y répondre.
- Identifier, en collaboration avec la personne et l'équipe soignante, les ressources (humaines, matérielles et financières) qui devraient être mises à contribution pour optimiser l'intervention.
- Mettre au point une méthode systématique visant

Figure 2 Trajectoire de soins en oncologie



Adaptation de Fitch, 2008 et Howell et al., 2009.

l'évaluation et la réponse aux besoins d'information avec la participation des différents membres de l'équipe interprofessionnelle, de même que certains patients et proches partenaires.

- Développer une vision commune entre les différents professionnels quant à l'importance et à la façon d'évaluer les besoins d'information et d'y répondre, en vue d'assurer la continuité et la cohérence de cette information et des interventions.
- Concevoir un outil ou une stratégie qui permet d'assurer la continuité et la cohérence de l'information à la fois pour les professionnels de la santé et pour les personnes soignées.

Au moment de l'intervention :

- Répondre aux besoins d'information selon une approche centrée sur la personne (**Tableau 1**).
- Répondre aux besoins d'information en intégrant divers concepts d'éducation à la santé.
- Outiller les personnes soignées en vue de les aider à répondre à leurs éventuels besoins.
- Présenter différentes ressources pouvant être utiles pour aider et soutenir les personnes soignées tout au long de leur trajectoire de soins.
- Travailler en collaboration interprofessionnelle.

Ces pistes de solution peuvent aussi être intégrées dans une intervention de groupe (**Tableau 2**).

Après l'intervention :

- S'assurer que les personnes soignées sont orientées vers les ressources intra et extrahospitalières disponibles qui pourraient leur être utiles en réponse à d'éventuels besoins.
- Poser un regard critique sur l'intervention réalisée.
- S'engager dans un processus d'amélioration continue personnel, professionnel et organisationnel.

En somme, la considération des caractéristiques propres à chaque personne soignée (Akechi et al., 2011), de même que la précision des besoins combinés à un soutien psychosocial adapté, constituent des avenues à explorer dans l'offre des services (Wen et Gustafson, 2004). Le **Tableau 3** fait un résumé des pistes de solution proposées dans cet article.

Bien que les pistes de solution proposées ne soient pas exhaustives, elles peuvent servir d'inspiration afin de modifier ou de bonifier des structures et des interventions déjà mises en œuvre pour évaluer les besoins d'information des personnes soignées et y répondre, dans la période du diagnostic de la maladie chronique.

Produire une réponse adaptée aux besoins d'information des personnes soignées représente un défi important. Il s'avère donc utile de miser sur la créativité, l'innovation et les forces des infirmières et des autres professionnels de la santé, mais aussi sur celles des personnes soignées. Ces aspects combinés à divers modèles infirmiers existants pourraient dès lors permettre d'améliorer l'expérience de santé des personnes soignées.

Voies à explorer

Et si l'outil de dépistage de la détresse utilisé en oncologie (Fillion et al., 2014) était utilisé de façon systématique lors de périodes critiques de la trajectoire de soins? Et si permettait aux personnes soignées non seulement de préciser leurs besoins d'information, mais aussi de s'engager activement dans leur expérience de soins et l'autogestion de leur condition? ■■■

Tableau 1 Principes généraux d'une approche centrée sur la personne

Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé sont invités à :
■ Considérer l'unicité de la personne soignée (perspectives, besoins, expériences, contexte de vie, etc.). ■ Adapter l'intervention selon les besoins de la personne soignée. ■ Répondre aux émotions de la personne soignée. ■ Soutenir la personne dans ses processus de décisions. ■ Laisser l'occasion à la personne soignée de participer à son expérience de santé et de s'y investir activement. ■ Miser sur le développement d'une relation de respect et de confiance entre la personne soignée et les professionnels de la santé. ■ Développer diverses aptitudes en communication verbale et non verbale centrée sur la personne, telles que : - adopter une attitude d'ouverture et d'écoute - être présent - maintenir un contact visuel - manifester la réception du message - utiliser un langage courant - offrir de l'information simple et claire - répéter et résumer l'information transmise - vérifier la compréhension de l'information transmise.

Source : Epstein et Street, 2007.

Tableau 2 Principes généraux visant à optimiser une intervention de groupe

Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé sont invités à :
■ Prédéterminer le format de l'intervention (taille du groupe, temps alloué, contenu à aborder, type de participation souhaitée des personnes soignées, etc.). ■ Prédéterminer le nombre et le type de professionnels nécessaires pour animer l'intervention (miser sur la collaboration interprofessionnelle). ■ Répondre aux besoins d'information en adoptant un langage et une façon de s'exprimer qui soient accessibles pour toutes les personnes soignées présentes. ■ Répondre aux besoins d'information selon une approche centrée sur la personne tout en considérant les différences individuelles, telles que le niveau de détresse, les préférences et les styles d'apprentissage de la personne soignée. ■ Prévoir des moments pour que les personnes soignées puissent échanger avec les professionnels, seul à seul ou en groupe. ■ Offrir un contenu structuré, mais adaptable selon les besoins des personnes soignées.

Sources : Epstein et Street, 2007; Hagan et Bujold, 2014; Turcotte et Lindsay, 2008.

Suite à la page 36 >

Tableau 3 Pistes de solution en bref – Principaux points à retenir

Le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé sont invités à :
■ Développer une méthode systématique pour évaluer les besoins d'information des personnes soignées et y répondre dans la période qui suit le diagnostic et précède le début des traitements. ■ Assurer une cohérence et une continuité dans la réponse aux besoins d'information des personnes soignées tout au long de leur trajectoire de soins. ■ Répondre aux besoins d'information selon une approche de soins centrée sur la personne. ■ Répondre aux besoins d'information en tenant compte des différences individuelles des personnes soignées. ■ Considérer l'évolution et la modulation des besoins d'information tout au long de la trajectoire de soins. ■ Miser sur la collaboration interprofessionnelle. ■ Développer une vision commune entre tous les membres de l'équipe interprofessionnelle sur l'importance de répondre aux besoins d'information des personnes soignées. ■ Optimiser les ressources pour assurer une réponse efficace et efficiente aux besoins d'information.

APPEL DE COMMUNICATIONS

5 ET 6 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2018

LA THÉMATIQUE PORTERA SUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL INFIRMIER.

Vous pouvez soumettre une proposition de présentation pour un atelier thématique ou une séance de communication par affichage avant le 31 mars 2018.

Vous trouverez tous les détails et le formulaire sur oiiq.org



Les auteures



Josiane Quirion est infirmière clinicienne au CIUSSS de la Capitale-Nationale. Elle détient un baccalauréat et une maîtrise en sciences infirmières.



Lise Fillion, infirmière et psychologue, est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheuse au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). Elle concentre ses recherches dans le domaine de l'oncologie, des soins palliatifs et du soutien aux soignants.

Références

- Akechi, T., Okuyama, T., Endo, C., Sagawa, R., Uchida, M., Nakaguchi, T., ... Furukawa, T. A. (2011). Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology*, 20(5), 497-505. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1757>
- Chelf, J. H., Agre, P., Axelrod, A., Cheney, L., Cole, D. D., Conrad, K., ... Weaver, C. (2001). Cancer-related patient education: An overview of the last decade of evaluation and research. *Oncology Nursing Forum*, 28(7), 1139-1147.
- Clayman, M. L., Boberg, E. W., et Makoul, G. (2008). The use of patient and provider perspectives to develop a patient-oriented website for women diagnosed with breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 72(3), 429-435. Repéré à <http://doi.org/10.1016/j.pec.2008.05.032>
- Epstein, R. M. et Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering*. Bethesda : National Cancer Institute. Repéré à http://appliedresearch.cancer.gov/areas/pcc/communication/pcc_monograph.pdf
- Fillion, L., de Serres, M., Tremblay, A., Blais, M.-C., Robitaille, M.-A. et Boucher, S. (2014). Sensibiliser les équipes soignantes à la prise en compte de la souffrance psychique : l'expérience du dépistage de la détresse au CHU de Québec. *Psycho-Oncologie*, 8(1), 37-44. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s11839-014-0456-4>
- Fitch, M. I. (2008). Supportive care framework. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 18(1), 6-24.
- Galloway, S., Graydon, J., Harrison, D., Evans-Boyden, B., Palmer-Wickham, S., Burlein-Hall, S., ... Blair, A. (1997). Informational needs of women with a recent diagnosis of breast cancer: Development and initial testing of a tool. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1175-1183.
- Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer. (2012). *Dépistage de la détresse, le 6^e signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne*. Repéré à https://content.cancerviv.ca/download/cv/treatment_and_support/supportive_care/documents/guideimplementationsfdpdfattachment=0
- Hagan, L. et Bujold, L. (2014). *Éduquer à la santé – L'essentiel de la théorie et des méthodes*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Halkett, G. K., Kristjanson, L. J., Lobb, E., Little, J., Shaw, T., Taylor, M., et Spry, N. (2012). Information needs and preferences of women as they proceed through radiotherapy for breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 396-404. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.010>
- Hart, T. L., Blacker, S., Panjwani, A., Torbit, L. et Evans, M. (2015). Development of multimedia informational tools for breast cancer patients with low levels of health literacy. *Patient Education and Counseling*, 98(3), 370-377. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.015>
- Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., Green, E., ... Digout, C. (2009). *Guide pancanadien de pratique clinique : Évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer*. Toronto : Partenariat canadien contre le cancer (Groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et l'Association canadienne d'oncologie psychosociale. Repéré à http://www.capo.ca/FRENCH_Adult_Assessment_Guideline.pdf
- Luker, K. A., Beaver, K., Leinster, S. J., Owens, R. G., Degner, L. F. et Sloan, J. A. (1995). The information needs of women newly diagnosed with breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 134-141.
- Matsuyama, R. K., Kuhn, L. A., Molisani, A. et Wilson-Genderson, M. C. (2013). Cancer patients' information needs the first nine months after diagnosis. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 96-102. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.009>
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L. S., Lorig, K. et Wagner, E. H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50-62. Repéré à <http://dx.doi.org/10.3322/caac.20093>
- McKenna, M. et Collins, J. L. (2010). Current issues and challenges in chronic disease control. Dans P. L. Remington, R. C. Brownson et M. V. Wegner (dir.), *Chronic disease epidemiology and control* (3^e éd.) (p. 1-26). Washington, DC : American Public Health Association.
- Montgomery, M. et McCrone, S. H. (2010). Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2372-2390. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05439.x>
- Turcotte, D. et Lindsay, J. (2008). *L'intervention sociale auprès des groupes* (2^e éd.). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur/Chenelière Éducation.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. et Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
- Wen, K. Y. et Gustafson, D. H. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(11), 1-12. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-2-11>

La websérie Stagiaire d'un jour

L'aventure continue avec...



MENTOR
d'un jour

JOËLLE THÉRIAULT

*Infirmière au CHSLD
de la Côte Boisée de
Terrebonne*

*Infirmier aux soins
à domicile du CLSC
Orléans de l'Île-
d'Orléans*

MENTOR
d'un jour

ÉRIC LYNCH



MENTOR
d'un jour

VALÉRIE PLANTE

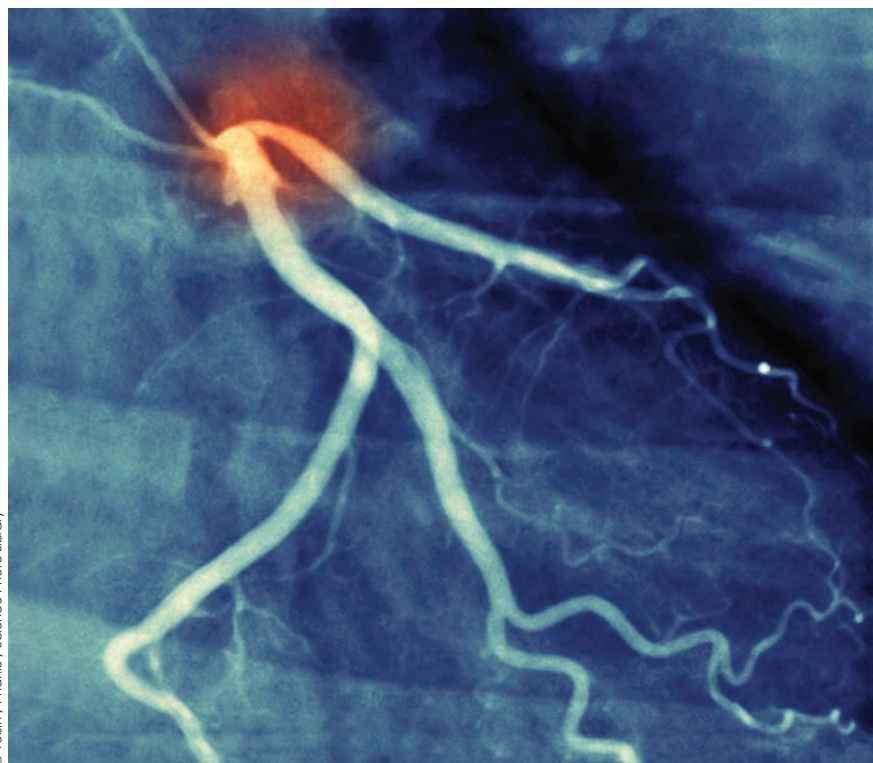
*Infirmière aux soins
intensifs de l'Hôpital
Sacré-Cœur*

À suivre dès le 23 janvier

Syndrome coronarien aigu et rôle de l'infirmière dans le continuum de soins

1^{re} partie : la phase aiguë du SCA

Par **Guillaume Fontaine**, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Kim Laflamme**, inf., M. Sc., IPSC, **Patrick Lavoie**, inf., Ph. D., **Marc-André Maheu-Cadotte**, inf., B. Sc., Ph. D. (c.), **Tanya Mailhot**, inf., Ph. D., et **Sonia Heppell**, inf., M. Sc., IPSC



© Voisin / Phant / Science Photo Library

Angiographie coronarienne d'une artère sténosée.

Objectifs d'apprentissage

- Comprendre le processus physiopathologique de la maladie coronarienne athérosclérotique.
- Identifier les signes, les symptômes et les résultats des examens paracliniques associés au syndrome coronarien aigu (SCA).
- Comprendre le plan d'investigation et de traitement du SCA.
- Identifier les interventions infirmières pertinentes dans la phase aiguë du SCA.

Plus de deux millions de Canadiens vivent avec une maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS) (Gouvernement du Canada, 2017). La MCAS découle d'un processus inflammatoire qui touche l'endothélium, soit la paroi interne des artères coronaires. L'endothélium contribue à maintenir la forme et le tonus des artères et à prévenir la formation de thrombus (Steyers et Miller, 2014). Toutefois, l'inflammation endothéliale favorise la formation de plaques d'athérome par l'infiltration de substances, par exemple les lipoprotéines de basse densité, à l'intérieur de la paroi de l'artère (Choi, Matsuo, Aoki, Kwon, Prasad, Gulati et al., 2014). Une plaque d'athérome diminue l'apport sanguin au myocarde, ce qui peut engendrer un déséquilibre entre l'apport et les besoins en oxygène du myocarde. Ce phénomène ischémique se manifeste généralement par de l'angine stable, c'est-à-dire des douleurs rétrosternales constrictives provoquées par un

effort ou de fortes émotions et soulagées par le repos ou la nitroglycérine (Fontaine, Laflamme, Lavoie et Heppell, 2017). D'autres facteurs peuvent provoquer ou exacerber l'ischémie, dont l'anémie, les arythmies et l'hypotension artérielle (Mihatov, Januzzi et Gaggin, 2017).

La rupture d'une plaque d'athérome expose l'intérieur de l'artère et entraîne l'agrégation de plaquettes qui formeront un thrombus. Le thrombus, en réduisant l'apport sanguin, peut engendrer une lésion et ultimement la nécrose du myocarde (Bonow, Mann, Zipes et Lippy, 2012) (**Figure 1**). Ce phénomène porte le nom de syndrome coronarien aigu (SCA). Selon le degré d'occlusion des artères coronaires et les dommages occasionnés au myocarde, on distingue trois types de SCA : l'angine instable, l'infarctus du myocarde de type NSTEMI (sans élévation du segment ST) et l'infarctus du myocarde de type STEMI (avec élévation du segment ST) (**Tableau 1**).

Cas clinique : M. Lebel

M. Lebel, âgé de 60 ans et traité depuis six mois pour de l'hypertension artérielle et un diabète de type 2, ressent des douleurs thoraciques lors d'efforts vigoureux. Au moment du questionnaire, celui-ci mentionne à l'infirmière que ses douleurs se présentent sous forme d'un serrement à 6/10 et irradiant entre ses omoplates. Il se dit soulagé après deux minutes de repos. Il n'a jamais eu de douleur de plus de dix minutes.

L'infirmière adresse M. Lebel à un médecin, qui l'évalue et prescrit les médicaments nécessaires pour pallier des récurrences d'ischémie myocardique. Il demande une scintigraphie myocardique à l'effort afin de valider le diagnostic de MCAS.

Une semaine plus tard, le résultat de l'examen indique l'absence d'ischémie myocardique ou de séquelle d'infarctus. En absence de récurrence d'angine avec son nouveau traitement, la procédure d'hémodynamie n'est pas recommandée.

Cinq ans plus tard, M. Lebel, diaphorétique, est admis à l'urgence pour une douleur rétrosternale irradiant au cou et au bras gauche, qui persiste depuis trente minutes.

En tant qu'infirmière, quelles seront vos interventions?

Nom du patient _____
Adresse _____ Date _____

R_x

- AAS 80 mg po die
- Atorvastatine 10 mg po die
- Ramipril 2.5 mg po die
- Bisoprolol 2.5 mg po die
- Nitroglycérine 0.4 mg/puff q 5 minutes x 3 PRN

MD _____
Signature _____

Prescription du médecin traitant à la suite de l'épisode d'angine de M. Lebel.

Puisque le SCA est une urgence médicale, l'examen physique cible les fonctions vitales, c'est-à-dire l'état circulatoire, l'état respiratoire et l'état de conscience.

Évaluation infirmière lors d'un syndrome coronarien aigu : reconnaître le SCA

L'histoire de santé

Lors de l'évaluation initiale, l'infirmière évalue la douleur angineuse par le PQRSTUI (**Tableau 2**). Le PQRSTUI est un outil mnémotechnique regroupant les principaux éléments d'évaluation relativement à un symptôme exprimé par le patient, comme la douleur.

La présence de signes et symptômes accompagnateurs de la douleur angineuse, comme une dyspnée sévère, une syncope ou des palpitations, constitue des signaux d'alarme d'un SCA. En prévision d'une éventuelle intervention chirurgicale ou hémodynamique, l'infirmière doit s'informer sur les antécédents, les allergies (p. ex. : iode) et la médication du patient. Une vigilance particulière est requise en ce qui concerne la prise d'antiplaquettaires ou d'anticoagulants puisque ces médicaments augmentent le risque de saignement advenant une intervention invasive.

L'examen physique ciblé

Puisque le SCA est une urgence médicale, l'examen physique cible les fonctions vitales, c'est-à-dire l'état

circulatoire, l'état respiratoire et l'état de conscience (American Heart Association, 2015). L'infirmière s'assure de la présence d'un pouls central (carotidien, apical ou fémoral). Lors de l'évaluation de l'état respiratoire, l'infirmière tente de détecter des signes de difficulté respiratoire. Elle est attentive aux signes de surcharge liquidienne comme la distention

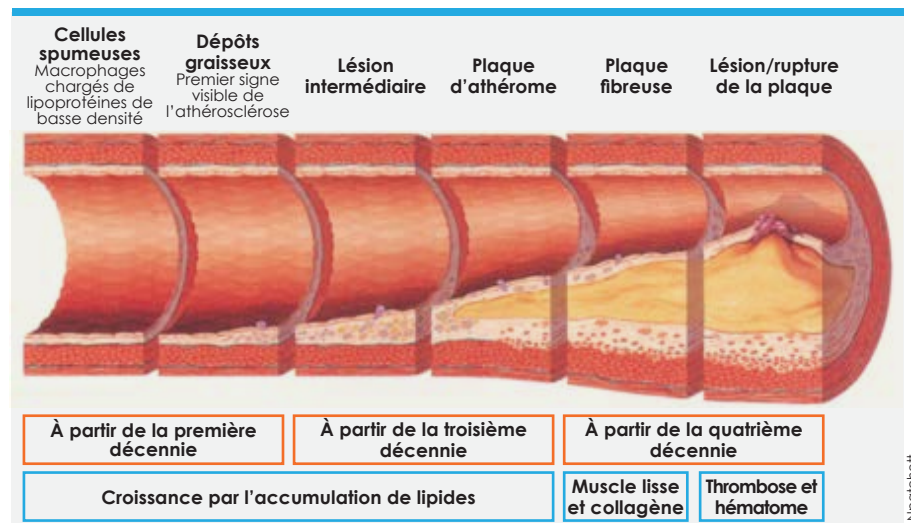
des veines jugulaires, l'œdème aux membres inférieurs et les crépitations à l'auscultation pulmonaire. L'infirmière évalue l'état de conscience du patient par son niveau d'éveil (p. ex.: en utilisant l'échelle AVPU) et son orientation dans les trois sphères. Une réévaluation fréquente des fonctions vitales est de mise afin de reconnaître une détérioration de l'état clinique.

Les examens paracliniques

L'électrocardiogramme

L'ischémie myocardique peut entraîner des troubles de conduction électrique observables à l'électrocardiogramme (ECG),

Figure 1 Progression de la dysfonction endothéliale dans un contexte d'athérosclérose



Adapté en français à partir de Pepine, 1998.

La gestion des douleurs angineuses lors d'un SCA débute avec le traitement pharmacologique, qui vise à améliorer la perfusion coronaire, à diminuer les besoins en oxygène et à soulager la douleur.

particulièrement au niveau du segment ST et de l'onde T. L'infirmière doit être vigilante dans leur interprétation, puisque ces troubles de conduction peuvent témoigner d'autres pathologies, comme la péricardite et l'hypertrophie ventriculaire (Antman et Sabatine, 2012).

En présence d'une douleur thoracique, il est recommandé d'**obtenir un ECG dans les 10 premières minutes** suivant l'arrivée du patient au service d'urgence (Amsterdam, Wenger, Brindis, Casey, Ganiats, Holmes et al., 2014). Si l'ECG initial ne montre pas de changements significatifs, il doit ensuite être répété

toutes les 15 à 30 minutes lors de la première heure suivant le début des douleurs (Roffi, Patrono, Collet, Mueller, Valgimigli, Andreotti et al., 2016).

Les biomarqueurs cardiaques

Dans le cas d'une lésion ou d'une nécrose du myocarde, les troponines I et T sont libérées dans la circulation et peuvent être détectées par des analyses sanguines. La détection d'une hausse de ces biomarqueurs est possible à partir de deux à six heures suivant l'apparition de la douleur angineuse (Thygesen, Mair, Giannitsis, Mueller, Lindahl, Blankenberg et al., 2012).

Tableau 1 Comparaison entre l'angine stable, l'angine instable, l'infarctus du myocarde NSTEMI et l'infarctus du myocarde STEMI dans un contexte de MCAS

MCAS	STABLE	SYNDROME CORONARIEN AIGU		
	ANGINE STABLE	ANGINE INSTABLE	INFARCTUS DU MYOCARDE (NSTEMI)	INFARCTUS DU MYOCARDE (STEMI)
Physiopathologie	Ischémie myocardique causée par une plaque d'athérome intacte	Ischémie myocardique causée par la rupture d'une plaque d'athérome et un thrombus	Nécrose causée par l'occlusion aiguë partielle d'une ou de plusieurs artères coronaires à la suite de la rupture d'une plaque d'athérome et la formation d'un thrombus. Engendre une ischémie dite sous-endocardique , soit une diminution de l'apport sanguin au niveau de la couche interne du cœur.	Nécrose causée par l'occlusion aiguë totale d'une ou de plusieurs artères coronaires à la suite de la rupture d'une plaque d'athérome et la formation d'un thrombus. Engendre une ischémie dite transmurale , soit une diminution de l'apport sanguin au niveau de toutes les couches du cœur.
Caractéristiques de la douleur angineuse	■ Douleur constrictive ■ Provoquée par l'effort ou de fortes émotions ■ Soulagée par le repos (5-10 min) ou par la nitroglycérine	Au moins un critère : ■ Apparaît au repos, depuis moins d'une semaine. ■ Limite fortement les activités de la vie quotidienne, depuis moins de deux mois. ■ Limite fortement les activités de la vie quotidienne, se présente sous forme de crescendo (de plus en plus fréquente, longue et lors d'efforts moindres).		
Électrocardiogramme	Normal	■ Normal OU ■ Sous-décalage du segment ST $\geq 0,5$ mm dans deux dérivations contiguës ET/OU ■ Inversion onde T ≥ 1 mm dans deux dérivations contiguës	■ Bloc de branche gauche de novo (trouble de la conduction électrique au niveau ventriculaire) ■ Onde Q pathologique de novo (absence de conduction électrique pendant ou à la suite d'une nécrose du myocarde) ■ Sus-décalage du segment ST au point J (croisement entre la fin du complexe QRS et le début du segment ST), dans deux dérivations contiguës V2-V3 : Homme $\geq 2,5$ mm V2-V3 : Femme $\geq 1,5$ mm Autres dérivations : ≥ 1 mm	
Troponines ¹	Négatives		Positives	

1. Le seuil d'une valeur anormale de troponine dépend du laboratoire et du type de troponine mesurée. D'après Bonow et al., 2012.

La mesure des CK et CK-MB n'est plus pertinente dans le diagnostic de l'infarctus du myocarde puisque les troponines présentent une sensibilité plus importante (Amsterdam et al., 2014).

Le monitoring cardiaque

Le monitoring cardiaque est impératif afin de repérer les arythmies potentielles associées à l'ischémie myocardique. Le patient devrait minimalement être monitoré pendant les 12 heures suivant le début des symptômes angineux, une période plus à risque de complications (Roffi et al., 2016). Les arythmies ventriculaires, comme la tachycardie ventriculaire et la fibrillation ventriculaire, sont les plus redoutées.

Les signes vitaux

La prise régulière des signes vitaux est nécessaire en raison de l'instabilité hémodynamique du patient et des complications potentielles du SCA (Roffi et al., 2016). La **fréquence cardiaque** cible au repos est de

Tableau 2 Évaluation de la douleur angineuse par le PQRSTUI

PQRSTUI	Douleur angineuse
Provoqué Pallié	■ Provoquée par effort, émotions fortes ou repas ■ Palliée par repos ou nitroglycérine
Qualité	■ Serrement, oppression, sensation d'étouffement, lourdeur ■ Atypique : engourdissement, brûlement
Quantité	■ Varie en intensité sur une échelle de 1 à 10
Région Irradiation	■ Rétro-sternale, épigastrique ■ Cou, mâchoire, dos, bras
Signes Symptômes	■ Intolérance à l'effort, diaphorèse ■ Parfois, dyspnée, faiblesse, fatigue, nausée et éructations
Temps	■ 5 à 10 minutes
Durée	■ Début graduel ■ Atteint son paroxysme en quelques minutes
Understanding	■ Varie selon chaque patient
Impacts vie quotidienne	■ AVQ ou AVD limitées

Source : Abid et al., 2015; Bonow et al., 2012.

50 à 60 battements par minute (Kumar et Cannon, 2009). La prise de la **pression artérielle** vise à identifier l'hypotension (TAS < 90 mmHg) ou l'hypertension marquée

(TAS > 140 mmHg) qui peuvent nuire à la perfusion cardiaque. Pour la **température**, des épisodes fébriles (> 38,5°C) attribuables à la réponse inflammatoire de la nécrose se

M. Lebel (suite)

À son arrivée à l'urgence, vous constatez que M. Lebel ne présente pas de signes d'instabilité hémodynamique ou de surcharge liquidienne. Ses signes vitaux sont les suivants : TA 120/50, FC 100/min régulière, T 36,0 °C buccale, saturation 99 % AA, FR 18/min.

Vous installez un moniteur cardiaque à M. Lebel et demandez un ECG en STAT. Vous lui installez un accès veineux et réalisez un bilan sanguin selon votre ordonnance collective.

Le résultat de troponine T à 200 ng/L ainsi que les sus-décalages marqués de 3 mm du segment ST dans les dérivation V2 et V3 corroborent le diagnostic de SCA émis par le médecin de l'urgence.

Quels sont les médicaments qui permettraient de soulager les douleurs de M. Lebel? Comment assurerez-vous la surveillance des complications?

Tableau 3 Traitement pharmacologique de première intention de la douleur angineuse en SCA

	Effet recherché
Morphine	Les opioïdes tels que la morphine sont utilisés comme analgésiques si la douleur persiste malgré le traitement antiangineux. Leur effet vasodilatateur permettrait de diminuer le retour veineux et la pression artérielle, ce qui réduit ainsi le travail du myocarde.
Oxygène	L'oxygénothérapie en présence de douleur angineuse est seulement indiquée lors d'un risque hypoxémique, c'est-à-dire d'une saturation en oxygène de moins de 90 % ou d'une détresse respiratoire associée.
Nitrates	Les nitrates sont d'excellents antiangineux en raison de leur effet vasodilatateur systémique aux niveaux veineux et artériel, ce qui diminue le retour veineux vers le myocarde et réduit la demande en oxygène du myocarde. Les nitrates favorisent aussi l'augmentation de la perfusion coronarienne par une vasodilatation des artères coronariennes. Attention : les nitrates sont contre-indiqués chez les patients ayant pris un inhibiteur de la phosphodiesterase récemment. Une attente de 24 heures est recommandée après la prise de sildénafil (Viagra) et de 48 heures après la prise de tadalafil (Cialis), avant l'administration des nitrates.
Aspirine	L'aspirine est un inhibiteur irréversible du récepteur plaquettaire de la cyclooxygénase-1 (COX-1) qui diminue l'agrégation plaquettaire lors d'un SCA. Ce médicament doit être administré le plus rapidement possible (en absence de contre-indication) pour diminuer la mortalité et les récurrences d'événement ischémique.
Bêta-bloquants	Les bêta-bloquants réduisent la fréquence cardiaque, diminuent la postcharge et augmentent le temps de diastole, ce qui améliore la perfusion myocardique (Beaulieu et Lambert, 2010; Roffi et al., 2016).

D'après Amsterdam et al., 2014 et Beaulieu et Lambert, 2010.

Outre la surveillance liée au traitement du SCA, la surveillance infirmière se concentre sur les signes et symptômes des complications potentielles du SCA.

résorberont naturellement dans les cinq jours suivant l'infarctus (Antman et Sabatine, 2012). La **fréquence respiratoire** peut être augmentée en contexte de douleur ou d'anxiété, mais aussi en contexte de surcharge pulmonaire (Antman et Sabatine, 2012).

La glycémie

Une glycémie anormale lors d'un SCA est associée à une hausse de la morbidité et de la mortalité. De plus, il est fréquent lors d'un SCA de dépister un prédiabète (HbA1c 6,0-6,4 %) et même un diabète de novo (HbA1c $\geq 6,5$ %) (Association canadienne

du diabète, 2013; Karamat, Raja, Manley, Jones, Hanif et Tahrani, 2017). En ce sens, le suivi glycémique est recommandé pour tous les patients lors d'un SCA (Roffi et al., 2016).

Gestion des douleurs angineuses lors d'un SCA

La gestion des douleurs angineuses lors d'un SCA débute avec le traitement pharmacologique, qui vise à améliorer la perfusion coronaire, à diminuer les besoins en oxygène et à soulager la douleur (**Tableau 3**).

Une pharmacothérapie complémentaire, incluant des bloqueurs des canaux calciques (BCC) et des antiplaquettaires, peut aussi être prescrite. Les BCC non-dihydropyridines (p. ex. : le vérapamil) réduisent la fréquence cardiaque et la contractilité du myocarde, ce qui diminue la demande en oxygène. Ils sont utilisés lorsque les bêta-bloquants sont contre-indiqués. Ils sont toutefois à éviter en présence d'insuffisance cardiaque (Roffi et al., 2016). Les BCC dihydropyridines (p. ex. : l'amlodipine) ont une action vasodilatatrice artérielle et coronarienne plus lente et n'agissent pas directement sur la fréquence cardiaque (Beaulieu et Lambert, 2010). Enfin, un second antiplaquettaire est fréquemment prescrit en plus de l'aspirine, comme le ticagrélor. Dans un contexte de double thérapie antiplaquettaire, l'infirmière a un rôle important d'enseignement quant au risque hémorragique associé et au risque de thrombose de l'endoprothèse vasculaire (stent) s'il y a arrêt des antiplaquettaires.

Surveillance infirmière des complications du SCA

Outre la surveillance liée au traitement du SCA, la surveillance infirmière se concentre sur les signes et symptômes des complications potentielles du SCA (**Tableau 4**) (Bonow et al., 2012).

Les traitements du SCA

La revascularisation est prioritaire lors d'un SCA afin de rétablir l'apport en oxygène au myocarde et d'améliorer la survie (Roffi et al., 2016). Une angioplastie coronarienne par voie percutanée fait appel à un cathéter inséré au niveau de l'artère radiale ou fémorale et qui se rend jusqu'aux

Tableau 4 Surveillance infirmière des complications du SCA

Type de complication	Exemples	Surveillance infirmière associée
Mécanique	■ Insuffisance cardiaque ■ Choc cardiogénique ■ Dysfonction de la valve mitrale ■ Anévrismes ■ Rupture structures cardiaques (p. ex. : communication interventriculaire)	■ Signes et symptômes d'insuffisance cardiaque (p. ex. : orthopnée, dyspnée paroxystique nocturne, crépitations à l'auscultation pulmonaire, distension des veines jugulaires)
Ischémique	■ Angine de poitrine ■ Récidive d'ischémie cardiaque ■ Thrombose aiguë des stents	■ Évaluation de la douleur angineuse ■ Signes et symptômes d'insuffisance cardiaque
Arythmique	■ Arythmies ventriculaires ou auriculaires ■ Dysfonction des nœuds sinusal et auriculoventriculaire	■ Monitoring cardiaque ■ Électrocardiogramme 12 dérivations ■ Signes et symptômes de détérioration hémodynamique (pâleur, froideur, diminution de l'état de conscience, étourdissement)
Embolique	■ Au niveau du système nerveux central (p. ex. : AVC) ■ Au niveau périphérique (p. ex. : thrombophlébite profonde)	■ Signes et symptômes neurologiques – atteinte centrale (p. ex. : aphasie, hémiparésie, hémianopsie, céphalée soudaine, etc.) ■ Signes et symptômes – atteinte périphérique/pulmonaire (p. ex. : œdème, induration et/ou chaleur et/ou rougeur à la jambe, essoufflement)
Inflammatoire	■ Péricardite	■ Douleur localisée aggravée par l'inspiration, la toux ou le mouvement (p. ex. : décubitus dorsal) ■ Frottement péricardique (entendu au 3^e espace intercostal gauche)
Hémorragique	■ Hématome postangioplastie coronarienne transluminale percutanée ■ Saignements rétro-péritonéaux	■ Douleur et masse au site de procédure hémodynamique ■ Signes vasculaires (couleur, chaleur, mobilité, sensibilité, pouls, retour capillaire et œdème) ■ Douleur, distension abdominale et instabilité hémodynamique

D'après Bonow et al., 2012.

artères coronaires. L'infusion d'iode permet de mettre en évidence les sténoses coronariennes pouvant induire le SCA. Le cas échéant, il est alors possible de dilater la zone occluse à l'aide d'un ballonnet gonflable et d'y améliorer l'irrigation sanguine. Dans plus de 90 % des cas, on insère une endoprothèse vasculaire à l'intérieur de la coronaire obstruée pour prévenir une resténose (Bonow et al., 2012). Le *door-to-balloon time*, soit le temps entre le début des symptômes et la reperfusion du myocarde, devrait être de moins de 90 minutes (**Figure 4**) (McNamara, Wang, Herrin, Curtis, Bradley, Magid et al., 2006). Dans certaines situations où les sténoses compromettent la majeure partie de la circulation coronarienne (p. ex. : la maladie des trois vaisseaux), une revascularisation chirurgicale par pontage sera envisagée.

Les interventions infirmières après un SCA

La planification du retour sécuritaire aux activités quotidiennes

La reprise des activités sexuelles et de la conduite automobile devrait être abordée avant le congé du patient. Les activités sexuelles peuvent être reprises graduellement après une semaine, lorsque le patient est en mesure de réaliser de l'activité physique modérée (p. ex. : monter 10 marches) (Thompson, Chair, Chan, Astin, Davidson et Ski, 2011). Les patients ayant subi une angioplastie peuvent reprendre la conduite automobile après 48 heures. Ceux qui ont reçu un diagnostic de NSTEMI ou d'angine instable sans angioplastie : après sept jours (Levine, Steinke, Bakaeen, Bozkurt, Cheitlin, Conti et al., 2012; Simpson, Ross, Dorian, Essebag, Gupta, Hamilton et al., 2004). Enfin, les patients ayant subi un pontage coronarien peuvent reprendre la conduite après un mois (Levine et al., 2012). Ces recommandations concernent seulement le permis de conduire privé, la conduite commerciale faisant l'objet d'autres recommandations.

La prévention secondaire et le counseling visant l'adoption de saines habitudes de vie

La prévention secondaire désigne les interventions réalisées dans le

M. Lebel (conclusion)

Au cours de son hospitalisation à l'unité coronarienne, M. Lebel a subi une angioplastie coronarienne par voie percutanée de l'artère coronaire droite et de l'artère coronaire interventriculaire antérieure, avec déploiement de deux endoprothèses vasculaires médicamenteuses (stents). Une échographie transthoracique a été réalisée et aucune anomalie n'a été constatée. M. Lebel aura donc congé ce jour, et le médecin lui remet sa prescription de départ (ci-contre).

Il vous demande s'il peut conduire pour rentrer à la maison.

Que lui répondez-vous?

Nom du patient _____
 Adresse _____ Date _____

Rx

- AAS 80 mg po die
- Ticagrelor 90 mg po bid x 12 mois
- Pantoprazole 40 mg po die
- Atorvastatine 80 mg po die
- Ramipril 2.5 mg po die
- Bisoprolol 5 mg po die
- Nitroglycérine 0.4 mg/puff q 5 minutes x 3 PRN

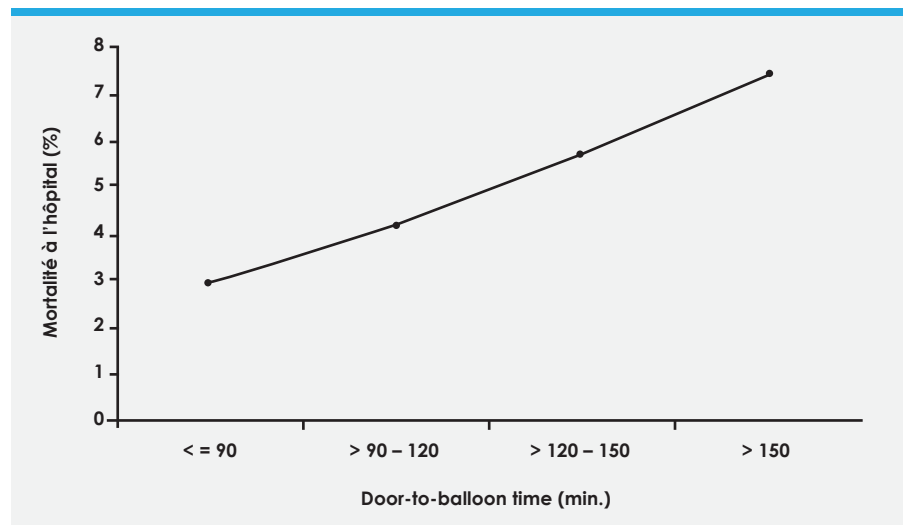
MD _____
 Signature _____

Prescription du médecin traitant à la suite du syndrome coronarien aigu de M. Lebel.

but de diminuer les récurrences de SCA et de faciliter la reprise des activités de la vie quotidienne (AVQ) (Association canadienne de prévention et réadaptation cardiovasculaires, 2017). À ce titre, le counseling visant l'adoption de saines habitudes de vie, dont la cessation tabagique, s'inscrit dans le cadre des activités réservées d'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et de suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.

(Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, 2016). Le counseling, qui peut être réalisé par les infirmières en quelques minutes lorsque le moment est opportun, fait état d'effets importants sur le plan clinique pour plusieurs habitudes de vie, dont l'activité physique, la cessation tabagique et l'adoption de saines habitudes alimentaires (Aveyard, Begh, Parsons et West, 2012; Hooper, Summerbell, Higgins, Thompson, Clements, Capps et al., 2001; Jepson, Harris, Platt et Tannahill, 2010).

Figure 4 Relation entre le *door-to-balloon time* et la mortalité à la suite d'un SCA



McNamara et al., 2006 (reproduction autorisée).

Conclusion

Le SCA constitue une urgence médicale. Toutefois, l'infirmière doit prendre conscience qu'il s'agit souvent d'un épisode de soins dans la trajectoire chronique et sinieuse de la maladie coronarienne athérosclérosante. L'infirmière, même en situation de soins aigus, doit se préoccuper des enjeux relatifs à la prévention secondaire à la suite d'un SCA, tels que le counseling, afin de contribuer à l'adoption de saines habitudes de vie et de réduire le risque de récurrence. L'évaluation et l'intervention dans un contexte de SCA représentent un défi clinique où l'infirmière doit prioriser ses actions selon la situation unique de chaque patient et s'adapter en fonction des phases de la maladie. ■

La deuxième partie de cet article sera publiée dans le prochain numéro. Elle portera sur la prévention secondaire, afin d'améliorer la qualité de vie et de réduire la morbidité et la mortalité à la suite d'un SCA.

Les auteurs



Guillaume Fontaine est étudiant au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ses recherches sont menées à l'Institut de cardiologie de Montréal. Il est aussi administrateur à l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ) et vice-président de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en systèmes et technologies de l'information (AQISTI).



Kim Laflamme est infirmière praticienne spécialisée en cardiologie à l'Institut de cardiologie de Montréal.



Patrick Lavoie est stagiaire postdoctoral à la William F. Connell School of Nursing du Boston College, aux États-Unis.



Marc-André Maheu-Cadotte est étudiant au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Il est aussi auxiliaire de recherche au Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal ainsi que coordonnateur de recherche dans l'Équipe FUTUR du Centre d'innovation en formation infirmière de l'Université de Montréal.



Tanya Mailhot est stagiaire postdoctorale au Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et au Département d'anesthésiologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.



Sonia Heppell est responsable de la formation professionnelle et des stages IPS à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également infirmière praticienne spécialisée en cardiologie à l'Institut de cardiologie de Montréal.

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il est en ligne sur le site de l'OIIQ.

Références

- Abid, S., Shuaib, W., Ali, S., Evans, D., Khan, M., Edalat, F. et Jalal Khan, M. (2015). Chest pain assessment and imaging practices for nurse practitioners in the emergency department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 32(11), 12-22.
- American Heart Association (2015). 2015 American Heart Association (AHA) guidelines update for CPR and emergency cardiovascular care (ECC). Dallas, TX : AHA.
- Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E. Jr., Ganiats, T. G., Holmes, D. R. Jr., ... Zelman, S. J. (2014). 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, 130(25), e344-e426. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000134>
- Antman, E. M. et Sobatine, M. S. (2012). *Cardiovascular therapeutics: A companion to Braunwald's heart disease* (4^e éd.). Philadelphie : PA, Elsevier.
- Association canadienne de prévention et réadaptation cardiovasculaires (2017). *Directives canadiennes pour la réadaptation cardiaque et la prévention de la maladie cardiovasculaire : Des connaissances à la pratique* (3^e éd.). Repéré à <http://www.cacpr.ca/resources/guidelines.cfm>
- Association canadienne du diabète. (2013). Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(suppl. 5), A3-A15. Repéré à http://guidelines.diabetes.ca/cdcpag_resources/cpg_2013_full_fr.pdf
- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A. et West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6), 1066-1073. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x>
- Beaulieu, P. et Lambert, C. (2010). *Précis de pharmacologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Bonow, R. O., Mann, D. L., Zipes, D. P. et Libby, P. (2012). *Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (9^e éd.). Philadelphia, PA : Elsevier.
- Choi, B. J., Matsuo, Y., Aoki, T., Kwon, T. G., Prasad, A., Gulati, R., ... Lerman, A. (2014). Coronary endothelial dysfunction is associated with inflammation and vaso vasorum proliferation in patients with early atherosclerosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 34(11), 2473-2477. Repéré à <https://doi.org/10.1161/atvbaha.114.304445>
- Fontaine, G., Laflamme, K., Lavoie, P. et Heppell, S. (2017). L'évaluation de l'angine de poitrine – Reconnaître les douleurs d'origine angineuse. *Perspective infirmière*, 14(1), 56-59.
- Gouvernement du Canada (2017, 30 janvier). *Maladies du cœur – santé du cœur*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladies-coeur-sante-coeur.html>
- Hooper, L., Summerbell, C. D., Higgins, J. P., Thompson, R. L., Clements, G., Capps, N., ... Ebrahim, S. (2001). Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD002137. Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002137>
- Jepson, R. G., Harris, F. M., Platt, S. et Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews. *BMC Public Health*, 10(538), 1-16. Repéré à <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-538>
- Karamat, M. A., Raja, U. Y., Manley, S. E., Jones, A., Hanif, W. et Tahrani, A. A. (2017). Prevalence of undiagnosed type 2 diabetes in patients admitted with acute coronary syndrome: The utility of easily reproducible screening methods. *BMC Endocrine Disorders*, 17(1), 3. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12902-017-0153-y>
- Kumar, A. et Cannon, C. P. (2009). Acute coronary syndromes: Diagnosis and management, part I. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(10), 917-938. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0025-6196\(11\)60509-0](https://doi.org/10.1016/s0025-6196(11)60509-0)
- Levine, G. N., Steinke, E. E., Bakaeen, F. G., Bozkurt, B., Cheitlin, M. D., Conti, J. B., ... Stewart, W. J. (2012). Sexual activity and cardiovascular disease: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 125(8), 1058-1072. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182447787>
- McNamara, R. L., Wang, Y., Herrin, J., Curtis, J. P., Bradley, E. H., Magid, D. J., ... N.R.M.I. Investigators (2006). Effect of door-to-balloon time on mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(11), 2180-2186. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.12.072>
- Mihatov, N., Januzzi, J. L. et Gaggin, H. K. (2017). Type 2 myocardial infarction due to supply-demand mismatch. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(6), 408-417. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2017.03.002>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.). Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/le-champ-d-exercice-et-les-activites-reservees-des-infirmieres>
- Pepine, C. J. (1998). The effects of angiotensin-converting enzyme inhibition on endothelial dysfunction: Potential role in myocardial ischemia. *The American Journal of Cardiology*, 82(10), S23-S27.
- Roffi, M., Patrono, C., Collet, J. P., Mueller, C., Valgimigli, M., Andreotti, F., ... Zamorano, J. L. (2016). 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 37(3), 267-315. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv320>
- Simpson, C., Ross, D., Dorian, P., Eschbag, V., Gupta, A., Hamilton, R., ... Tremblay, G. (2004). CCS Consensus Conference 2003: Assessment of the cardiac patient for fitness to drive and fly-Executive summary. *Canadian Journal of Cardiology*, 20(13), 1313-1323. Repéré à https://www.ccs.ca/Images/Guidelines/Guidelines_POS_Library/DF_CC_2003_ES.pdf
- Steyers, C. M. et Miller, F. J. Jr. (2014). Endothelial dysfunction in chronic inflammatory diseases. *International Journal of Molecular Sciences*, 15(7), 11324-11349. Repéré à <https://doi.org/10.3390/ijms150711324>
- Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M. et Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1236-1244. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x>
- Thygesen, K., Mair, J., Giannitsis, E., Mueller, C., Lindahl, B., Blankenberg, S., ... Jaffe, A. S. (2012). How to use high-sensitivity cardiac troponins in acute cardiac care. *European Heart Journal*, 33(18), 2252-2257. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs154>

Vous êtes infirmier(ère)?

L'EMPLOI IDÉAL VOUS ATTEND !



RECRUTEMENT PARTOUT AU QUÉBEC

PREMIERSOIN.CA

Courriel: info@premiersoin.ca

Téléphone: 514-667-0778

Région de Québec: 418-907-9337

Sans frais: 877-822-9077

Télécopieur: 514-227-8231

Région de Québec: 418-907-9290



Soutenir le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques

Par **Isabelle Brault**, inf., Ph. D., **Andrée-Anne Desjardins**, inf., M. Sc. (c.), **Roxane Borgès Da Silva**, Ph. D., **Carl-Ardy Dubois**, Ph. D., **Aude Motulsky**, B. Pharm., M. Sc., Ph. D., et **Alexandre Prud'homme**, B. Sc.

L'arrivée de la prescription infirmière est une innovation importante dans la pratique clinique des infirmières. Les nouvelles activités de prescription offrent l'occasion aux infirmières de mobiliser un ensemble de compétences de leur pratique : exercer un raisonnement clinique infirmier, agir avec professionnalisme auprès des patients, assurer la continuité des soins, faire preuve de rigueur scientifique car les activités de prescription sont fondées sur les résultats probants, et exercer un leadership clinique dans leur pratique professionnelle.

La prescription infirmière s'avère donc un levier servant à affirmer la pratique professionnelle des infirmières. Pour les patients, la prescription infirmière vise à éviter la fragmentation de l'offre de services, à réduire les délais dans la prestation de soins, à répondre plus efficacement aux besoins des patients et ainsi à réduire le risque de conséquences négatives sur l'état de santé des personnes (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, 2015).

Depuis l'entrée en vigueur de la prescription infirmière en janvier 2016, le *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier* autorise les infirmières du Québec à prescrire des médicaments ou analyses de laboratoire dans certaines situations cliniques liées aux domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants. Or, les données les plus récentes de l'OIIQ montrent que le déploiement de la prescription infirmière dans les milieux cliniques est en deçà des attentes initiales (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017). Publiés dans le numéro de novembre/décembre 2017 de *Perspective infirmière*, les résultats de notre enquête sur l'évaluation de l'implantation de la prescription infirmière démontrent que même les infirmières détenant leur attestation de prescription prescrivent peu (Borgès Da Silva, Brault, Dubois, Motulsky et Prud'homme, 2017).

Afin d'assurer le déploiement optimal des activités de prescription infirmière dans les milieux cliniques, il importe de considérer les types de soutien dont les infirmières ont besoin pour intégrer les nouvelles activités de prescription dans leur pratique.

Afin d'assurer le déploiement optimal des activités de prescription infirmière dans les milieux cliniques, il importe de considérer les types de soutien dont les infirmières ont besoin pour intégrer les nouvelles activités de prescription dans leur pratique.

L'objectif de cet article est de présenter les types de soutien nécessaires au déploiement optimal de la prescription infirmière dans les milieux cliniques. Notre étude repose sur l'analyse de contenu des données qualitatives de l'enquête sur l'évaluation de l'implantation de la prescription infirmière (Borgès Da Silva et al., 2017). Le cadre théorique de l'infirmière et de l'infirmier autorisés prescripteurs (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2015) a été utilisé pour soutenir l'analyse empirique.

Cadre de référence

Cette section présente le cadre théorique de l'infirmière et de l'infirmier autorisés prescripteurs au Canada, élaboré par l'AIIIC (2015). La pertinence d'utiliser ce cadre dans cette étude est double. D'abord, il présente une vision intégrée où la pratique des infirmières autorisées à prescrire s'appuie sur les principes suivants : pertinente pour la santé de la population selon les besoins du système de santé, sécuritaire, qualité supérieure, accessible universellement, transparente, fondée sur les données probantes, en collaboration, axée sur les patients, viable. Ensuite, il permet d'associer des activités précises au déploiement d'un soutien à l'implantation de la prescription infirmière au Québec en fonction de trois éléments clés fondamentaux et interdépendants sur lesquels est développé ce cadre : la structure, la compétence et la pratique. Ces trois éléments clés se déclinent en dix domaines stratégiques.

La structure réfère à la législation ainsi qu'aux facteurs définissant le rôle et les normes qui encadrent la pratique des infirmières prescriptrices : le champ d'exercice, la réglementation, les statuts et les normes. La structure renvoie donc aux éléments qui délimitent le pouvoir de prescrire des infirmières autorisées à le faire selon les cas et les domaines de pratique (AIIIC, 2015).

L'élément de compétence intègre les domaines de la formation, des compétences et du maintien des compétences. Cet élément expose les connaissances, le jugement et les qualités nécessaires que doit posséder l'infirmière prescriptrice afin de pratiquer de façon conforme, sécuritaire et optimale (AIIIC, 2015).

Finalement, le troisième élément du cadre est la pratique. Il concerne tous les aspects de la pratique clinique des infirmières prescriptrices, des activités et des milieux de pratique autorisés. Il s'appuie sur la collaboration avec les

autres professionnels de la santé, sur l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique pour contribuer à l'évaluation, aux diagnostics et aux traitements, ainsi que sur l'évaluation des interventions de prescription. Cet élément réfère aussi aux conditions d'emploi, à la gestion des risques, de même qu'à la sécurité et à la qualité des soins (AIIIC, 2015).

Ce cadre a été créé afin d'implanter et de déployer de manière efficace les activités professionnelles de prescription infirmière dans les différentes provinces canadiennes. Il permet d'assurer une cohérence, une crédibilité, une participation publique et une uniformisation de la pratique liée aux activités de l'infirmière prescriptrice. La **Figure 1** présente le *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada*.

Méthode

Une enquête par questionnaire a été déployée du 25 janvier au 9 mars 2017 auprès des infirmières du Québec travaillant dans les milieux visés par le règlement de la prescription infirmière (Borgès Da Silva et al., 2017). Le taux de réponse était de 5,1 %, représentant 2 010 réponses complètes au questionnaire. Le questionnaire distribué comportait 105 questions, dont quatre pour lesquelles il était possible de faire des commentaires, en plus de la possibilité d'ajouter des commentaires généraux à la fin du questionnaire.

L'analyse des données repose sur une analyse de contenu (Miles, Huberman et Saldaña, 2014). Ce type d'analyse a été utilisé pour catégoriser le contenu des commentaires qualitatifs (Bowling, 2002). L'analyse de contenu des 3 370 commentaires a été soutenue par le *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada* (AIIIC, 2015). Ainsi, les commentaires ont été catégorisés selon les trois dimensions du cadre – structure, compétence et pratique clinique –, tout en laissant place à l'émergence de nouvelles dimensions.

Le **Tableau 1** illustre la répartition des commentaires reçus par les infirmières en fonction de la question posée et du fait qu'elles sont ou non titulaires de l'attestation de prescription. Au total, 1 753 réponses ont été obtenues d'infirmières titulaires de l'attestation de prescription et 1 617, d'infirmières ne détenant pas l'attestation de prescription.

Résultats

La présentation des résultats réfère au *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada* (AIIIC, 2015). Nous commençons par présenter les résultats selon les trois dimensions qui influencent le déploiement optimal de la prescription infirmière : la structure, la compétence et la pratique. Cette étape permet de mieux comprendre comment ces éléments ont influencé le déploiement de la prescription infirmière au Québec. Pour chacune des dimensions, nous présentons dans un premier temps les résultats des infirmières ne détenant pas leur attestation de prescription et dans un deuxième temps, les résultats des infirmières prescriptrices.

Structure

La structure réfère aux aspects législatifs et aux facteurs définissant le rôle et les normes qui encadrent la pratique des infirmières prescriptrices. Les infirmières qui, au moment de l'enquête, ne détenaient pas l'attestation de prescription, mentionnent un manque d'information sur le rôle de l'infirmière prescriptrice : « Je ne connais pas la démarche et je ne sais pas ce que ce rôle apportera à ma pratique. »

Plusieurs répondantes ne connaissaient pas l'existence de ce nouveau rôle. D'autres évoquent les limitations et contraintes nombreuses de la prescription infirmière dans les domaines de pratique : « Les activités visées par le règlement sont trop restreintes et ne cadrent pas avec ma pratique. »

Certaines mentionnent que les critères d'admissibilité à la prescription infirmière sont trop stricts. Comme révélé par Borgès Da Silva et al. (2017), les infirmières mentionnent que les coûts liés à la formation en ligne sont un frein à l'obtention de leur attestation de prescription.

Chez les infirmières prescriptrices, les répondantes évoquent l'importance de sensibiliser les milieux et les autres professionnels de la santé à ce nouveau rôle, car il est plutôt méconnu des milieux : « On devrait sensibiliser les DSI et les médecins au fait qu'il existe des infirmières qui ont dorénavant le droit de prescrire car, à mon avis, c'est la méconnaissance de ce droit qui nous empêche d'avancer. »

Pour les deux groupes, les répondantes évoquent la réticence des milieux cliniques à déployer la prescription infirmière. Certains milieux n'y sont pas préparés et le soutien des milieux et des gestionnaires est faible : « Le droit de prescrire est génial... Il faut par contre avoir l'autorisation de notre établissement de le faire, ce qui pose beaucoup de contraintes, car ce n'est pas tous les établissements qui sont prêts en même temps. J'ai mon permis pour prescrire : je suis prête et j'ai de multiples occasions de le faire! Je ne peux cependant pas le faire, car mon organisation ne le permet pas encore. Frustration! »

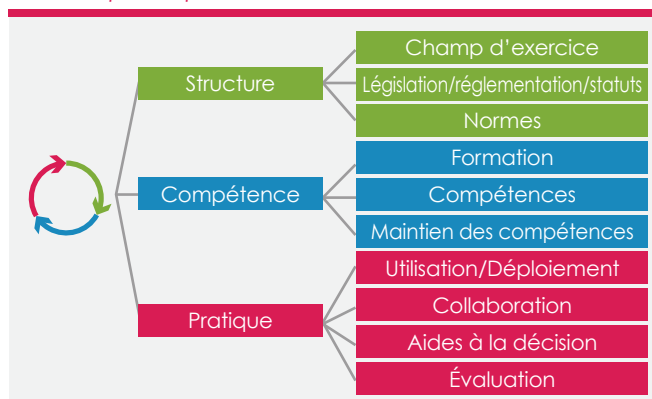
Compétence

L'élément de compétence renvoie à la formation, aux compétences et au maintien des compétences dans les activités de prescription.

Les infirmières non prescriptrices considèrent qu'une formation présentielle serait plus adéquate qu'une formation en ligne pour accéder à l'attestation de prescription : « Je considère que ma rétention d'information en effectuant une formation en ligne est moins bonne qu'en formation présentielle. »

Selon certaines répondantes, les formations et les heures exigées pour être admissibles à l'obtention de l'attestation de prescription sont trop strictes. Certaines infirmières ne répondant pas aux critères d'admissibilité en raison

Figure 1 *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada*



À la lumière de nos résultats, deux types de soutien s'avèrent essentiels au déploiement de la prescription infirmière dans les milieux de soins : le soutien organisationnel et le soutien clinique.

d'un trop petit nombre d'heures travaillées ou d'heures de formation, considèrent posséder tout de même l'expérience et les connaissances nécessaires pour faire les prescriptions dans les domaines autorisés. Toutefois, certaines autres mentionnent qu'elles ne se sentent pas suffisamment aptes et en confiance pour prescrire adéquatement : « Je ne considère pas que j'ai les compétences nécessaires pour traiter des problèmes que je ne vois que rarement et c'est ce que la prescription me permettrait de faire pour le moment. » Les infirmières démontrent qu'elles sont conscientes de leurs limites et qu'elles font preuve de prudence.

Chez les infirmières prescriptrices, certaines mentionnent que, même si elles ont réalisé la formation en ligne obligatoire, elles souhaiteraient davantage de formation. Selon elles, la formation en ligne leur permet de revoir l'information déjà disponible dans certains documents écrits, plutôt que de leur donner des outils et des

méthodes pour réaliser et rédiger une prescription efficacement. Elles proposent des formations spécifiques à chaque domaine de prescription, qui assureraient le développement des compétences dans chacun des domaines de prescription.

Pratique

L'élément de pratique concerne les aspects de la pratique clinique des infirmières prescriptrices : l'utilisation et le déploiement des activités de prescription, la collaboration avec les autres professionnels de la santé, l'utilisation d'outils d'aide à la décision et l'évaluation des interventions de prescription.

Chez les infirmières n'ayant pas encore obtenu leur droit de prescrire, plusieurs mentionnent que la prescription infirmière n'est pas encore implantée dans leurs milieux. De plus, leur organisation ne les a pas incitées à obtenir leur attestation. Certaines mentionnent que la collaboration avec les autres professionnels est

difficile en lien avec ce rôle de l'infirmière prescriptrice et qu'elles ont très peu de soutien de leur part. D'autres disent que la collaboration est bien établie avec les médecins et qu'il est facile d'obtenir une prescription médicale. Dans ces circonstances, elles voient peu la nécessité d'obtenir leur attestation de prescription.

Les infirmières prescriptrices évoquent le rythme lent du processus de déploiement dans les différents milieux. Le rôle a peu ou mal été implanté dans les différents milieux, ce qui freine beaucoup le déploiement et l'utilisation de la prescription infirmière : « En tant qu'infirmière qui était prête rapidement à appliquer son droit de prescrire, je trouve très long le processus avec notre organisation. Je me demande pourquoi nous avons été dirigées et encouragées par l'OIIQ à nous prévaloir de ce droit, alors que notre organisation n'était pas prête à assumer ce changement. Encore un an après l'implantation du droit de prescrire, je n'ai toujours pas le droit de l'appliquer complètement. Cette situation a découragé plusieurs infirmières à se prévaloir de ce droit. »

Les deux groupes évoquent la non-disponibilité des outils et de certaines règles de soins soutenant le déploiement de la prescription infirmière : « Il serait important que les formulaires et les outils puissent être accessibles, mais surtout, soutenir les organisations en vue du déploiement. »

Discussion

À la lumière de nos résultats, deux types de soutien s'avèrent essentiels au déploiement de la prescription infirmière dans les milieux de soins : le soutien organisationnel et le soutien clinique. Selon le *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada* (AIIIC, 2015), le soutien organisationnel réfère aux éléments de la structure, tandis que le soutien clinique intègre à la fois des éléments de la compétence et de la pratique des infirmières prescriptrices.

Le soutien organisationnel

Dans les organisations, des activités de promotion des nouvelles activités de prescription des infirmières favoriseraient son déploiement. L'AIIIC recommande de promouvoir les éléments clés du champ d'exercice des infirmières autorisées à prescrire et d'offrir une définition claire du rôle. Au Québec, les activités de prescription infirmière concernent les titulaires d'un diplôme

Tableau 1 Répartition des commentaires reçus par les infirmières en fonction de la question posée et du fait qu'elles sont ou non titulaires de l'attestation de prescription

Questions	Infirmière titulaire de l'attestation de prescription	Infirmière non titulaire de l'attestation de prescription	Total
Quelle est la PRINCIPALE raison pour laquelle vous avez décidé d'obtenir l'attestation de prescription?	695 réponses		695
Quelle est la PRINCIPALE raison pour laquelle vous n'avez pas obtenu l'attestation de prescription?		1 317 réponses	1 317
Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas encore prescrit à un patient?	419 réponses		419
Quel type de soutien souhaiteriez-vous avoir?	423 réponses		
À la fin du questionnaire : Si vous avez des commentaires, veuillez l'indiquer ci-dessous.	216 réponses	300 réponses	516
Total	1 753 réponses	1 617 réponses	3 370 réponses

de baccalauréat ou encore, selon des clauses transitoires, un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers (OIIQ, 2016).

La direction des soins infirmiers (DSI) est un acteur incontournable dans le déploiement optimal de la prescription infirmière. Elle peut soutenir la promotion du rôle de l'infirmière prescriptrice. Par exemple, les divers milieux de pratique pourraient être rencontrés afin de faire connaître les activités de prescription des infirmières aux différents collaborateurs. La DSI pourrait aussi faire la promotion du soutien clinique mis à la disposition des infirmières qui souhaitent entreprendre leurs démarches d'obtention de l'attestation de prescription et mobiliser les membres de sa direction pour la mise en place et l'implantation d'outils d'encadrement, comme une règle de soins infirmiers. La création de formation dans les milieux de soins, liée aux domaines de prescription, pourrait être un attrait important au déploiement des activités de prescription. Le soutien financier offert aux infirmières paraît être un gage de succès.

Le soutien clinique

La formation est une pierre angulaire du déploiement de la prescription infirmière. Des connaissances solides sont une condition préalable essentielle aux pratiques infirmières liées à la prescription (AIIIC, 2015; Blanchflower, Greene et Thorp, 2013; Gielen, Dekker, Francke, Mistiaen et Kroezen, 2014).

Nos résultats montrent que les infirmières sont pleinement conscientes de leurs responsabilités et de leurs limites en tant qu'infirmières prescriptrices. Des formations spécifiques, assorties de simulations dans les trois domaines de prescription autorisés, répondraient à un besoin des

L'AIIIC recommande de promouvoir les éléments clés du champ d'exercice des infirmières autorisées à prescrire et d'offrir une définition claire du rôle.

Figure 2 Les types de soutien au déploiement de la prescription infirmière

Soutien organisationnel	Soutien clinique
Promotion des nouvelles activités de prescription des infirmières	Formations spécifiques avec simulation
Clarification du rôle de l'infirmière prescriptrice	Outils cliniques (capsule vidéo, aide-mémoire, fiches de références)
Soutien aux démarches pour obtenir l'attestation de prescription	Experts cliniques et mentors disponibles en tout temps
Promotion du soutien clinique	Communauté de pratique pour créer un lieu de partage entre pairs
Soutien financier	

infirmières pour la pratique de prescriptions sécuritaires. Des capsules vidéo que les infirmières pourraient visionner à leur guise sur le site de l'OIIQ qui démontrent, par exemple, les démarches à suivre à la RAMQ pour les codes d'exception des médicaments ou la complétion des formulaires de prescription, pourraient favoriser une plus grande utilisation de l'attestation de prescription chez les infirmières la possédant.

Des outils aide-mémoire pour les évaluations et des fiches de références communes pour les différents traitements et médicaments pouvant être prescrits pourraient aider les infirmières dans l'élaboration de leur prescription. La possibilité de joindre en tout temps des experts cliniques ou des mentors, capables de répondre rapidement aux questions des infirmières prescriptrices, serait aussi un élément facilitant un déploiement plus efficace de la prescription infirmière dans les différents milieux.

L'AIIIC (2015) propose de concevoir et de mettre en place un système de formation continue professionnelle et de mentorat interprofessionnel dans le but de favoriser la pratique des infirmières prescriptrices. Finalement, la création d'une communauté de pratique d'infirmières

Suite à la page 50 >

Les auteurs



Isabelle Brault, infirmière, est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également chercheuse à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal et au Réseau de recherche en sciences infirmières du Québec (RRSIQ).



Andrée-Anne Desjardins est étudiante à la maîtrise, option administration des services infirmiers, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.



Roxane Borgès Da Silva est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également chercheuse à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal et au Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO).



Carl-Ardy Dubois est directeur du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Il est aussi chercheur à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.



Aude Motulsky est professeure-chercheuse au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé à l'École de santé publique de l'Université de Montréal. Elle est également chercheuse au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Montréal.



Alexandre Prud'homme est professionnel de recherche à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

La prescription infirmière est une innovation permettant aux infirmières de mobiliser leurs compétences et leurs connaissances.

prescriptrices permettrait d'offrir un lieu de partage d'expériences et de connaissances ainsi qu'un soutien entre pairs dans le déploiement de ce nouveau rôle (Wenger, McDermott et Snyder, 2002). La **Figure 2** présente les types de soutien au déploiement de la prescription infirmière.

Conclusion

Cet article visait à fournir de l'information détaillée sur le soutien au déploiement de la prescription infirmière au Québec. Nos résultats démontrent que le soutien organisationnel et le soutien clinique sont essentiels au déploiement optimal de la prescription infirmière. La prescription infirmière est une innovation permettant aux infirmières de mobiliser leurs compétences et leurs connaissances et de favoriser une meilleure qualité des soins aux patients. Un déploiement optimal de la prescription infirmière au Québec pourrait favoriser l'atteinte d'objectifs professionnels et organisationnels du système de santé québécois. ■

Remerciements

Cette étude a reçu le soutien financier de l'OIIQ.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2015). *Cadre de l'infirmière et infirmier autorisé prescripteur au Canada*. Repéré à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/cna-rn-prescribing-framework_f.pdf?la=fr
- Blanchflower, J., Greene, L. et Thorp, C. (2013). Breaking down the barriers to nurse prescribing. *Nurse Prescribing*, 11(1), 44-47. Repéré à <http://dx.doi.org/10.12968/npre.2013.11.1.44>
- Borgès Da Silva, R., Brault, I., Dubois, C.-A., Motulsky, A. et Prud'homme, A. (2017). Évaluation de l'implantation de la prescription infirmière au Québec. *Perspective infirmière*, 14(5), 53-57.
- Bowling, A. (2002). *Research methods in health: Investigating health and health services* (2^e éd.). Buckingham : UK, Open University Press.
- Gielen, S. C., Dekker, J., Francke, A. L., Mistiaen, P. et Kroezen, M. (2014). The effects of nurse prescribing: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 1048-1061. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.003>
- Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, L.Q. 2017, chapitre M-9, r. 12.001. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9.%20r.%2012.001/>
- Miles, M. B., Huberman, M. A. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A method sourcebook* (3^e éd.). Thousand Oaks : SAGE Publications Inc.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016, 18 mai). *Prescription infirmière : où en sommes-nous?* Repéré à http://www.infoiiq.org/actualites/prescription-infirmiere-ou-en-sommes-nous/2016?gtmouid=undefined&_ga=1.226984863.362488267.1443365646
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017, 11 janvier). *Prescription infirmière : 10 choses à savoir*. Repéré à <http://www.infoiiq.org/actualites/prescription-infirmiere-10-choses-savoir/2017>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec (2015). *Guide explicatif conjoint : Prescription infirmière – Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier, pris en application de la Loi médicale*, Montréal, OIIQ/CMQ. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/guide-explicatif-prescription-infirmiere-final-web.pdf>
- Wenger, E., McDermott, R. A. et Snyder, W. (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston : Harvard Business School Press.

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation en soins des pieds

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

Formation pour débutants

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

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

Formations avancées en soins des pieds

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

Prochains cours :

INTENSIF

1er mai 2018

HYBRIDE

1er mai 2018

HEBDOMADAIRE

7 mars 2018



ÉTUDIANTS, procurez-vous votre trousse de départ chez SURPIED et nous payons les taxes* pour vous !

* Vous devez présenter une preuve de votre statut d'étudiant au sein d'un établissement reconnu. Offre limitée.



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



WWW.SURPIED.COM

**INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197**

«PROFESSION INFIRMIÈRE PROFESSION AFFIRMÉE»

Ce thème est porteur d'une proposition de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à chaque membre, celle d'occuper pleinement son champ d'exercice afin de déployer de façon optimale ses connaissances et ses compétences pour le bénéfice des patients et de la population.

Le congrès 2017 a réuni autour d'un programme riche et diversifié près de 3 000 membres, étudiants et décideurs au Centre des congrès de Montréal les 20 et 21 novembre derniers. L'assemblée générale annuelle a été l'occasion pour la présidente, Lucie Tremblay, de rappeler les accomplissements de l'Ordre et d'annoncer d'importantes avancées pour la profession. Il faut rappeler que l'assemblée générale annuelle se veut également un lieu d'échange important entre les membres et l'Ordre.

Une profession qui s'affirme, c'est aussi l'aspiration de l'infirmière et chercheuse Johanne Déry, qui a partagé ses réflexions sur la pratique infirmière optimale. Pourquoi tant d'infirmières ne parviennent-elles pas à occuper pleinement leur champ d'exercice? Pourquoi tant d'entre elles réalisent-elles

encore des tâches qui ne relèvent pas des soins infirmiers? Et, surtout, comment changer les choses? Johanne Déry s'est employée à partager plusieurs pistes de solution avec les infirmières (p. 57).

La collaboration intraprofessionnelle a fait l'objet d'une conférence-panel. Comment maximiser la collaboration entre infirmières ayant suivi des programmes de formation divers? Comment clarifier les rôles afin que chacune puisse apporter une contribution pleine et entière aux soins? Une infirmière clinicienne et une IPS ont fait état de leur expérience à cet égard, mettant la table pour une discussion élargie dans le cadre du panel (p. 54).

Après un premier symposium sur la collaboration interprofessionnelle en 2016, l'Ordre a poursuivi sur sa lancée en 2017 et, dans le cadre du congrès, a proposé à ses membres ainsi qu'aux membres et dirigeants d'ordres professionnels en santé et en services sociaux la seconde édition du symposium de la collaboration en santé, suivi d'une activité de réseautage (p. 58).

Le congrès a fait une large place à la relève infirmière puisque les étudiants ont pu compter sur une panoplie d'activités et

de conférences à leur intention.

Le 20^e anniversaire de fondation du Comité jeunesse, créé en 1997, a aussi été souligné.

L'Insigne du mérite, plus haute distinction décernée par l'Ordre, a été attribuée à l'infirmière, professeure et chercheuse Clémence Dallaire (p. 9-10). Une première, le concours Innovation clinique Banque nationale, qui vise à reconnaître l'engagement d'infirmières et infirmiers à concevoir des projets qui font la différence auprès de leurs clientèles, a attribué deux Grands prix (découvrez-les en pages 22 et 23).

Le congrès 2017, ce fut aussi plus d'une trentaine d'ateliers thématiques, un pré-congrès offrant des formations admissibles pour des heures de formation accréditée (ACFA), un salon des exposants, toujours très couru, qui a accueilli près de 130 partenaires, ainsi qu'une séance de communications par affichage regroupant les projets de recherche d'une quinzaine d'équipes.  **Caroline Baril**

À inscrire à votre calendrier

Le prochain congrès se tiendra les 5 et 6 novembre 2018 à Montréal.



ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

ORDONNANCES COLLECTIVES,
IPS ET GOUVERNANCE
AU CŒUR DES ENJEUX

Façonner les soins infirmiers de l'avenir n'est pas qu'un vœu pieux pour l'OIIQ, c'est un engagement. Devant 1 000 délégués, la présidente, Lucie Tremblay, a fait le point sur les dossiers majeurs de l'Ordre en 2016-2017 et a fait, à l'intention des infirmières et infirmiers titulaires d'un diplôme d'études collégiales, une annonce importante concernant le dossier de la prescription infirmière.

Soins aux aînés

Dans le dossier des soins aux aînés en CHSLD, l'Ordre a participé à deux

consultations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en cours d'année. « Il s'agit d'une clientèle extrêmement fragilisée, a dit Lucie Tremblay, nous avons donc proposé des cibles d'action favorisant une pleine utilisation de l'étendue de pratique de l'infirmière en CHSLD et l'instauration d'indicateurs de qualité de soins. » L'Ordre a aussi fait valoir l'importance de la contribution des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans ces milieux. Selon les résultats de plusieurs projets de recherche (projets vitrines) sur l'apport de

l'expertise IPS dans les CHSLD, auxquels l'Ordre a participé, le nombre moyen de médicaments par résident a diminué de 10 % et l'incidence des chutes, des transferts vers les soins de courte durée et du recours à des mesures de contention a également connu une baisse.

Le Ministère a aussi mené une consultation sur le soutien aux aînés à domicile. L'Ordre y a fait 17 recommandations. « Nous voulons que le volet clinique soit sous la responsabilité du réseau public, que l'on mise sur une meilleure contribution des infirmières du réseau pour les soins à domicile et que le gestionnaire de cas soit une infirmière », a expliqué Lucie Tremblay.

La présidente a rappelé la culture de bienveillance qui habite le personnel infirmier œuvrant dans le domaine des soins aux aînés. Or, la maltraitance envers les aînés et les personnes en situation de vulnérabilité demeure un enjeu de société, a-t-elle rappelé. La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, entrée en vigueur en mai 2017, prévoit d'ailleurs l'obligation pour les professionnels de la santé de signaler certains cas de maltraitance. Une chronique déontologique en ligne sur le site de l'OIIQ porte précisément sur le signalement obligatoire. Ce texte rappelle que le secret professionnel est une obligation pour tout professionnel, dont les infirmières. Le *Code des professions* précise toutefois deux situations permettant aux infirmières de divulguer l'information protégée par le secret professionnel, l'une étant lorsqu'une loi le prévoit. C'est précisément l'objet de l'article 21 de la nouvelle loi visant à contrer la maltraitance, qui oblige le signalement.

Prescription infirmière

Au 31 octobre 2017, le Québec pouvait compter sur 4900 prescripteurs infirmiers (4 100 dans le réseau, 800 hors réseau), ce qui représente 62 % de la cible des établissements de santé fixée à 7 000. L'OIIQ continue de viser une augmentation du nombre d'infirmières détentrices d'une attestation de prescription, notamment grâce à l'appui des directions de soins infirmiers et à une bonification de l'offre de formation continue sur la prescription infirmière.

La présidente a rappelé aux membres titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) l'abolition, le 31 mars 2018, des ordonnances collectives pour les activités visées par le règlement autorisant les infirmières à prescrire. Bonne nouvelle, afin d'éviter les bris



Les membres du comité exécutif de l'OIIQ 2016-2018 : dans l'ordre habituel, **Louise Villeneuve**, administratrice élue, **François-Régis Fréchette**, trésorier, **Lucie Tremblay**, présidente de l'OIIQ, **Pierre Tremblay**, administrateur élu parmi les administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec, et **France Laframboise**, vice-présidente. **M^{me} Laframboise** succède à **Ginette Bernier** au poste de vice-présidente du comité exécutif.

de services, l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec se sont entendus afin de modifier le règlement pour y introduire une clause de reconnaissance de droits acquis (clause grand-père) pour les infirmières et infirmiers DEC qui appliquaient déjà des ordonnances collectives dans les domaines de la santé publique (dont la contraception et les ITSS) ou des soins de plaies au 30 juin 2017. Ces derniers pourront faire une demande d'attestation de prescription, mais il faut savoir qu'ils doivent impérativement avoir fait la formation obligatoire de deux heures intitulée Prescription infirmière : appropriation de la démarche et considérations déontologiques (4-ACFA), disponible sur le site de l'OIIQ.

« Empressez-vous de faire cette formation dès maintenant, n'attendez pas, a recommandé Lucie Tremblay. Vous pourrez alors faire votre demande d'attestation de prescription dès l'entrée en vigueur de la modification réglementaire. » (Cette date était toujours inconnue au moment d'aller sous presse, le règlement étant en cours d'approbation à l'Office des professions.) Élément important, les titulaires d'un DEC doivent avoir suivi la formation AVANT l'entrée en vigueur du règlement. Surveillez les prochaines communications de l'Ordre via l'InfOIIQ et le site internet.

Infirmières praticiennes spécialisées

L'OIIQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont mené une refonte réglementaire majeure afin de mieux répondre à la croissance des besoins de santé de la population et apporter la souplesse requise pour ajuster la pratique clinique des IPS à l'évolution des connaissances scientifiques. Le 16 novembre 2017, quelques jours avant l'AGA, les règlements étaient

adoptés par l'Office des professions. D'autres étapes, telles l'approbation par le gouvernement et la publication à la *Gazette officielle* restent par ailleurs à franchir. La réglementation prévoit notamment que les IPS de première ligne (IPSPL) pourront initier les traitements pour six problèmes de santé chroniques : diabète, hypertension, hypercholestérolémie, asthme, maladies obstructives pulmonaires chroniques et hypothyroïdie. De plus, les IPS ne seront plus soumises à une liste pour ces activités médicales.

Il y aura désormais cinq classes de spécialités : IPS en soins adultes (qui intègrent néphrologie et cardiologie), IPS en soins pédiatriques et IPS en santé mentale s'ajoutent aux IPS en soins de première ligne et en néonatalogie. Autre avancée, les IPS en soins de première ligne pourront exercer en CHSLD et en centres jeunesse. Le Québec comptait 413 IPS au 31 mars 2017. Le MSSS vise le nombre de 2 000 d'ici 2024-2025.

Réforme du système professionnel (loi 11)

Le 8 juin 2017 entré en vigueur le chapitre 11 de la Loi de 2017 communément appelée la Loi 11, *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*. Comme l'indique son titre, cette loi impose aux ordres professionnels de nouvelles règles en matière de gouvernance, en plus de créer de nouvelles exigences en matière d'admission à la profession et de reddition de compte. Entre autres changements, le nombre d'administrateurs ne devra pas dépasser 17 (il est présentement de 28 à l'OIIQ) et le Conseil d'administration devra inclure un jeune de 35 ans ou moins. Les administrateurs devront obligatoirement suivre des formations notamment sur la gouvernance et l'éthique. De plus, la présidence sera désormais limitée à trois mandats. « Vous aurez compris que ce maximum signifie que j'amorce ma dernière année à la présidence, a annoncé Lucie Tremblay. Au cours de cette année, soyez assurés de mon engagement indéfectible et de mon profond désir de mener à bien nos importants dossiers. » Elle invite les personnes intéressées par la gouvernance de l'OIIQ à se faire connaître et à poser leur candidature en vue de la prochaine élection. « Il s'agit d'un rôle extraordinaire pour travailler à l'avancement de la profession en compagnie des centaines d'infirmières et d'infirmiers qui participent aux nombreux comités de l'OIIQ et avec chacun de vous. » ❀ C.B.

SYLVIE DUBOIS LEADERSHIP ET COLLABORATION

Sylvie Dubois continue d'affirmer qu'il ne faut pas accepter l'inacceptable dans la profession. La directrice nationale des soins infirmiers, malgré les hautes responsabilités qu'elle exerce aujourd'hui, a gardé la passion intacte et veut la communiquer. « Je suis fière des infirmières, surtout des jeunes infirmières de la relève, et je leur conseille de profiter de toutes les opportunités qui se présentent à elles. » Les infirmières doivent cesser d'être silencieuses, suggère-t-elle. « Elles doivent partager haut et fort tout ce qu'elles savent. » Sylvie Dubois croit que toutes les infirmières devraient développer leur leadership clinique « pour convaincre nos patients, nos collègues » et cultiver un certain sens politique, quel que soit le milieu ou le domaine où l'on exerce. Dans toutes les situations où l'on pense avoir échoué, il convient de se poser trois questions : était-ce le bon moment? Ai-je adopté la bonne stratégie? Ai-je eu les bons alliés?

Sylvie Dubois n'aime pas utiliser le vocable « bataille ». Au contraire, il lui semble plus cohérent de suivre la vague des changements et d'évoluer en harmonie avec les autres. Elle préfère donc le mode collaboratif, plus positif. « On n'a pas besoin de se battre, on devrait s'entendre avec les membres du réseau ». Ces derniers doivent devenir des alliés et non des adversaires. Sylvie Dubois souligne que la qualité des soins n'est pas la prérogative des seules infirmières. Il faut demeurer intègre et authentique dans ses échanges avec les professionnels tout en sachant exprimer sa passion d'être infirmière. ❀ D.B.-B.



Sylvie Dubois, directrice nationale des soins infirmiers et autres professionnels au MSSS.



POUR UNE COLLABORATION INTRAPROFESSIONNELLE OPTIMALE AU SERVICE DU PATIENT

Les infirmières sont nombreuses à posséder des expertises professionnelles des plus variées. Ce savoir collectif devrait se traduire au quotidien par une collaboration intraprofessionnelle exemplaire afin que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles au moment opportun.

Johannie Bancel, infirmière clinicienne, et Karine Bolduc, IPS en soins de première ligne, toutes deux du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, ont appris à travailler ensemble en vue d'atteindre cet objectif. Elles ont expliqué que le milieu d'accueil, un GME, s'était longuement préparé en vue d'une intégration réussie de l'IPS en soins de première ligne.

Des rencontres, formelles et informelles, ont été organisées pour explorer les attentes des professionnelles. La crainte de perdre ses acquis pour l'infirmière clinicienne a dominé. « Une telle arrivée se planifie des mois à l'avance », souligne Johannie Bancel. Les cliniciennes doivent se donner le temps de comprendre le rôle de l'IPS et d'identifier les possibles chevauchements de pratique ainsi que les zones grises. Une IPS ne devrait pas être considérée comme une menace, mais plutôt comme une valeur ajoutée. « Il faut chercher à optimiser à la fois le rôle des infirmières cliniciennes et celui de l'IPS »,

déclare Karine Bolduc. Elle explique les étapes qu'elle a dû suivre, comme IPS, pour s'intégrer à l'équipe. Après avoir observé les démarches du milieu, elle s'est intégrée graduellement à l'équipe. Il lui a fallu s'ajuster aux attentes des autres professionnels ainsi qu'à celles de la direction. Des projets bâtisseurs ont soudé les rôles complémentaires de toutes les infirmières. Force est de constater que le grand gagnant de cette collaboration intraprofessionnelle est le patient et sa famille.

Une cohésion d'équipe qui profitera au patient

Lors d'un panel sur la collaboration intradisciplinaire qui a suivi cette présentation, auquel ont participé Kelley Kilpatrick, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Véronique Brassard, infirmière stomathérapeute, Sylvie Massé, directrice des soins infirmiers au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, et André Néron, patient partenaire, il a été admis que la décision de travailler en collaboration repose sur chacun des membres de l'équipe de soins. Pour le patient, il est important « de sentir cette cohésion et de voir que tout le monde est sur la même longueur d'onde ». Les recherches démontrent

«Ce qui doit nous mobiliser, c'est de savoir que la collaboration intraprofessionnelle a un impact majeur sur la qualité des soins.»

Kelley Kilpatrick, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

même que « décider ensemble » peut influencer positivement sur la qualité des soins de près de 25 %. Soutenues par leurs gestionnaires, les infirmières se doivent respect et écoute mutuels. Comme dans l'expérience relatée plus haut, procéder par étapes lors de l'intégration d'un nouveau membre de l'équipe, afin d'instaurer des liens de confiance solides, semble constituer la solution gagnante. Dans les équipes, les infirmières établissent des échanges constructifs et doivent faire leurs preuves en vue d'asseoir leur crédibilité professionnelle.

Malgré cette bonne volonté, les panélistes s'entendent sur le fait que les embûches à une collaboration intraprofessionnelle accrue émanent bien souvent des infirmières elles-mêmes. Certaines peuvent se sentir menacées par l'arrivée d'une IPS dans leur équipe. S'il est naturel de se sentir mal à l'aise devant l'inconnu, la communication devient cruciale pour identifier les éventuels écueils et trouver des solutions ensemble. L'IPS s'intégrera avec succès à la nouvelle culture de son milieu en faisant preuve de tact. Quant aux infirmières, elles veilleront à occuper toute l'étendue de leur pratique. Il en résultera un lien de confiance entre les infirmières elles-mêmes et entre celles-ci et le patient. Ce dernier se sent alors accompagné et soutenu dans les décisions qu'il doit prendre pour sa santé. ❖ **D.B.-B.**



Johannie Bancel, infirmière clinicienne au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.



Karine Bolduc, IPS en soins de première ligne au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.



Véronique Brassard, stomathérapeute au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.



Kelley Kilpatrick, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

POUR UNE UTILISATION OPTIMALE DES ORDONNANCES COLLECTIVES

Une ordonnance collective est une prescription donnée à un professionnel habilité par la loi, dont l'infirmière, ayant pour objet des médicaments, des traitements, des soins ou des examens. L'élaboration d'une ordonnance collective demeure sous la responsabilité du médecin. Une infirmière peut toutefois y collaborer. En revanche, la décision d'appliquer ou non une ordonnance collective relève du professionnel habilité, qui doit s'assurer du suivi clinique.

L'utilisation optimale des ordonnances collectives a fait l'objet d'un atelier présenté par Caroline Roy, directrice adjointe à la Direction, Développement et soutien professionnel à l'OIIQ, et le Dr Jean-Bernard Trudeau, secrétaire adjoint au CMQ. Les deux experts ont mis en lumière certains faits saillants du *Guide d'exercice sur les ordonnances collectives* (CMQ, 2017).

L'ordonnance collective se distingue de l'ordonnance individuelle par quelques points :

- ▶ elle s'applique à un groupe de personnes ou à une situation clinique plutôt qu'à un patient en particulier;

- ▶ elle est toujours écrite; elle doit être mise en application par un professionnel habilité puisque le patient qui en bénéficie n'a pas à être évalué préalablement par un médecin;
- ▶ elle doit contenir un protocole, soit une description des procédures, méthodes, limites, contre-indications ou normes applicables;
- ▶ si l'ordonnance collective porte sur une condition clinique visée par un protocole de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, la référence à ce protocole est obligatoire.

Une ordonnance collective ne peut viser ni des situations cliniques qui nécessitent la pose d'un diagnostic ou une évaluation médicale préalable, ni l'initiation ou l'ajustement d'un traitement par des opioïdes, des médicaments contrôlés ou des benzodiazépines.

Elle peut toutefois viser des situations cliniques (problèmes de santé courants) pour lesquelles un traitement peut être débuté à la suite

ENCADRÉ 1

Caractéristiques d'un problème de santé courant

- ▶ Incidence relativement élevée dans la communauté
- ▶ Symptômes et signes cliniques touchant habituellement un seul système
- ▶ Absence de détérioration de l'état général de la personne
- ▶ Évolution habituellement rapide et favorable

Source : CMQ, 2017.

de l'évaluation du professionnel qui applique l'ordonnance collective, ou à la suite d'un résultat d'analyse positif en présence de certaines conditions (collaboration étroite avec le médecin signataire, existence d'un protocole ou guide clinique d'une société savante, mécanismes de contrôle et de suivi de l'évolution clinique du patient)

(Encadré 1). ❖ **D.B.-B.**

Référence

Collège des médecins du Québec (2017). *Les ordonnances collectives-Guide d'exercice*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>

LE CODE DE DÉONTOLOGIE GUIDE ÉCLAIRANT POUR LE PROFESSIONNEL ET PROTECTEUR POUR LE PUBLIC

Le Code de déontologie des infirmières et infirmiers, dont la première version remonte à 1976, guide la pratique en balisant les devoirs et les obligations des membres de la profession. Il est un guide éclairant pour le professionnel et protecteur pour le public. La profession infirmière n'est pas statique. Elle est en constante évolution ce qui oblige une révision régulière du Code de déontologie afin d'encadrer les nouvelles pratiques.

Le mandat du Bureau du syndic est de traiter toute information relative à une infraction au *Code des professions*, à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et aux autres règlements en lien avec la profession infirmière. Les demandes d'enquêtes reçues par le syndic sont de natures variées. La qualité des soins et des services, la relation entre l'infirmière et le client ainsi que l'intégrité représentent 71% des demandes d'enquêtes. D'autres motifs de demandes sont également soumis au Bureau du

syndic tels que la violence, le secret professionnel et la toxicomanie.

L'OIIQ met à la disposition des membres plusieurs moyens afin de leur permettre de comprendre leurs devoirs envers le public, le client et la profession. Outre le Code de déontologie, accessible en ligne, l'Ordre publie aussi sur son site une « chronique déonto » qui décrit des exemples ou des situations réelles évaluées par le syndic. De plus, une formation en ligne est disponible sur le site de l'Ordre. Enfin, une conseillère à la consultation déontologique assure une permanence téléphonique afin de répondre aux questions et diriger les demandes reçues vers les autorités compétentes. ❖ **D.B.-B.**

Références

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/pratique_infirmiere/oiiq-code-deontologie.pdf
<https://mistrall.oiiq.org/repertoire-formation/code-de-deontologie-un-guide-eclairant-pour-linfirmiere>

« CESSONS D'EFFECTUER DES ACTIVITÉS QUI NE NOUS APPARTIENNENT PAS. »

Johanne Déry, adjointe au directeur des soins infirmiers (volet recherche) du CHU Sainte-Justine et professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, s'intéresse de près à l'étendue de pratique infirmière (ÉPI) et aux obstacles qui limitent actuellement le déploiement optimal de l'ÉPI. Or, « essayer de comprendre ce que fait une infirmière dans son quotidien relève du défi », souligne-t-elle. Il y a une douzaine d'années, en accompagnant des étudiantes dans le cadre d'un stage, elle a pu dresser deux portraits : d'un côté, il y a celles qui « font », c'est-à-dire qui décrivent leurs actions comme des gestes techniques, et de l'autre, celles qui « évaluent, analysent, enseignent, valident, coordonnent, etc. », bref celles qui mettent en œuvre des activités infirmières qui correspondent davantage aux besoins de santé complexes de la population.

Les recherches de Johanne Déry révèlent un écart significatif entre la pratique réelle des infirmières et l'étendue de pratique optimale, c'est-à-dire l'ensemble des activités du champ d'exercice. Pour mesurer et comprendre ce fossé, elle a utilisé un outil, le QÉPI, acronyme pour Questionnaire de l'étendue de la pratique infirmière (D'Amour, Dubois, Déry et al., 2012) (**Encadré 1**).

Les résultats des recherches réalisées au cours des dernières années révèlent qu'en moyenne, tout juste la moitié des activités pour lesquelles les infirmières détiennent

la formation, les connaissances, les compétences et l'expertise sont réalisées. « Nous consacrons trop de temps à des activités qui ne nous appartiennent pas », martèle Johanne Déry.

Forte de ces constatations, Johanne Déry souhaite faire passer ce message : « Cessons d'effectuer des activités qui ne nous appartiennent pas et qui peuvent être exécutées par d'autres. Concentrons-nous sur nos activités infirmières, celles qui font une différence significative auprès de la population! » Elle recommande aux infirmières de faire davantage preuve de stratégie en tirant profit de l'exécution d'un geste technique pour évaluer, valider ou accomplir toute autre activité clinique propre au champ d'exercice infirmier. Et aux infirmières qui soulèveraient l'argument du manque de temps pour s'en tenir au *statu quo*, Johanne Déry répond que c'est en renonçant à des tâches qui ne font pas partie du champ d'exercice infirmier que l'on peut avoir une ÉPI optimale. « Pour optimiser le déploiement de l'ÉPI, il ne faut pas demander aux infirmières de faire encore plus, il faut leur demander de faire autrement! »

Johanne Déry refuse d'attendre que les conditions idéales soient réunies et exhorte les infirmières à miser sur leurs forces individuelles. « Le pouvoir infirmier réside dans les forces de chacune et dans l'intelligence infirmière – notre souci de comprendre, de réfléchir, de connaître la personne et sa famille dans son unicité pour les accompagner dans leur



Johanne Déry

expérience de santé –, que l'on multiplie par les 74 469 infirmières du Québec. » L'impact collectif qui résulte d'une telle force peut produire une différence significative pour la population et pour la profession elle-même, croit Johanne Déry.

✦ **Dalila Benhaberou-Brun**

Référence

D'Amour, D., Dubois, C., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, E., Blais, R. et al. (2012). Measuring actual scope of nursing practice: A new tool for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255.

Lire aussi

Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). L'étendue optimale de la pratique infirmière. *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no01/11-recherche.pdf>

ENCADRÉ 1

Volets du champ de pratique infirmier évalués par le QÉPI

- Évaluation et planification
- Enseignement à la clientèle et aux familles
- Communication et coordination
- Intégration et encadrement
- Optimisation de la qualité
- Mise à jour et utilisation des connaissances

COMMUNICATIONS PAR AFFICHAGE

Une trentaine d'infirmières et d'infirmiers ont présenté leur projet de recherche dans le cadre de la séance de communications par affichage. Audrey Larone-Juneau et Christine Tremblay, du CHU Sainte-Justine, ont remporté le prix Coup de cœur remis par l'OIIQ pour leur affiche intitulée « Hot Five : 5 minutes pour améliorer la pratique infirmière ». Pour consulter toutes les affiches, visitez le oiiq.org/evenements/congres/congres-2017/communications-par-affichage. ✦



SYMPOSIUM DE LA COLLABORATION EN SANTÉ

LE PATIENT PARTENAIRE, UN LEVIER PUISSANT POUR FAVORISER LA COLLABORATION

En 2016, dans le cadre d'une première édition, l'OIIQ, d'autres ordres professionnels en santé, en services sociaux et en relations humaines, de même que de multiples partenaires avaient réaffirmé leur volonté de soigner et d'accompagner ensemble le patient dans son continuum de soins. Ce mouvement misant sur une synergie accrue des équipes de soins s'est poursuivi en marge du Congrès annuel 2017 de l'OIIQ, avec la tenue du symposium de la collaboration professionnelle qui a réuni 260 dirigeants et membres de 25 ordres professionnels, des soignants et des patients partenaires.

L'éthicien René Villemure a rappelé les valeurs qui favorisent la collaboration. Un panel animé par la journaliste Marie-Claude Lavallée s'est penché sur les défis qu'il reste toujours à surmonter pour viser une collaboration interprofessionnelle optimale. Le symposium s'est conclu par une activité de réseautage intensive – Les Rendez-vous de la collaboration – alors que les participants ont discuté de la collaboration en groupes restreints (**Encadré 1**).



« Nous avons la très ferme conviction que la collaboration rehausse la qualité des soins », a affirmé la présidente de l'OIIQ Lucie Tremblay en ouverture de symposium. « Nous tous, qui représentons plus de 200 000 professionnels de la santé et des services sociaux, voulons soutenir le développement d'une culture de collaboration professionnelle et diffuser de l'information sur les bénéfices de cette collaboration pour les patients. » Lucie Tremblay a rappelé l'existence du microsite sur la collaboration interprofessionnelle créé conjointement par 28 ordres en santé et services sociaux, « qui vise à nous faire connaître et à nous reconnaître. » Il propose des fiches sur chaque groupe de professionnels et sur la valeur ajoutée de chacun pour le patient en matière de collaboration interprofessionnelle.

La collaboration : de quoi parle-t-on?

Aucun mot n'est neutre. Il faut préciser le sens qu'on lui donne. C'est ainsi que l'éthicien René Villemure a commencé sa présentation. Il nous met immédiatement en garde : ne sous-estimons pas le poids de notre culture sur le sens des mots. « Si on nous dit qu'une personne détient un compte en Suisse, nous penserons qu'elle est forcément malhonnête. Pourtant, plusieurs millions de Suisses détiennent un compte en Suisse et ils ne sont pas tous malhonnêtes! » Il est facile de passer à côté d'une compréhension commune, dit-il, car nous avons une vision des choses à partir du siège de notre profession. Utiliser des mots qui ont des sens multiples ou qui n'ont plus de sens empêche la collaboration. Avec 28 cultures professionnelles différentes, le sens des mots est donc fondamental.

La collaboration est quelque chose de difficile, poursuit René Villemure. Elle suggère des idées d'effort, de fatigue, d'épreuve afin d'atteindre un but commun.



Pour les ordres professionnels, ce but est le bien-être du patient. Quelle est cette vision commune du bien-être du patient qui devrait nous habiter? Elle devrait s'appuyer notamment sur les valeurs de respect et de vigilance. L'éthicien définit le respect comme le second regard que l'on porte, afin de ne pas heurter inutilement. Il propose cette définition de la vigilance : une surveillance attentive afin d'éviter ou d'atténuer l'effet d'un mal.

« Si la collaboration ne s'appuie ni sur le respect ni sur la vigilance, elle ne donnera rien », prévient René Villemure. Il suggère d'envisager la « juste traitance », qu'il décrit comme « le traitement juste en toutes circonstances, fondé sur les valeurs de respect et de vigilance ». Cet objectif ne peut s'accomplir dans l'urgence, prévient-il. L'urgence est une caractéristique qui s'applique à un événement et qui suppose que l'on puisse maîtriser les choses.

La collaboration peut difficilement s'exercer dans l'urgence, car elle nécessite du temps, fait valoir l'éthicien. Si l'on veut collaborer, il faut accepter de débattre, de mettre son opinion en jeu et d'écouter l'autre en y consacrant le temps nécessaire. L'apport de chacun n'est pas nul et finit par produire son effet, a conclu l'éthicien.

Occuper sa place et être présent

L'urgentologue Alain Vadeboncoeur, le physiothérapeute Denis Fortier, l'infirmière Madeleine St-Gelais et le patient partenaire André Néron ont poursuivi la réflexion amorcée par René Villemure en discutant de l'apport des différents professionnels aux décisions sur les soins et de la place du patient dans cette prise de décision.

Le succès de la collaboration ne s'improvise pas, observe le Dr Vadeboncoeur, faisant écho aux affirmations de René Villemure. Dans



De gauche à droite, le **D^r Alain Vadeboncoeur**, **Madeleine St-Gelais**, infirmière, l'animatrice **Marie-Claude Lavallée**, **Denis Fortier**, physiothérapeute, et **André Néron**, patient partenaire.

une salle d'urgence, s'il n'existe pas un certain niveau de collaboration, rien ne fonctionnera, illustre-t-il. Mais la collaboration interprofessionnelle doit-elle être dictée par la haute direction? Pas forcément, croit-il. « Les projets de collaboration doivent être décidés le plus près possible des unités de soins, sur le terrain, entre gestionnaires cliniques, qui sont des personnes ayant la capacité de développer des projets de collaboration et de les faire rayonner. »

Madeleine St-Gelais estime que les infirmières ne parviennent pas toujours à exprimer leurs opinions, et ce, même si elles se trouvent au centre de la trajectoire de soins des patients. Elles gagneraient à s'affirmer davantage lors des réunions puisque, ultimement, c'est le patient qui en bénéficiera, croit-elle. Dans le même temps, travailler en collaboration demande aussi de faire preuve de sensibilité afin de détecter les non-dits pour les désamorcer et d'avoir la capacité de se rallier à des décisions qui ne nous plaisent pas toujours.

ENCADRÉ 1

Les 10 faits saillants tirés de l'activité de réseautage sur la collaboration interprofessionnelle

1. Rendre plus présent le patient partenaire au sein des différentes structures cliniques et administratives.
2. Organiser des tables de discussion afin que les différents professionnels « fassent connaissance ».
3. Conscientiser tous les membres de l'équipe soignante à l'importance de participer aux réunions d'équipe afin de comprendre le rôle de chacun pour le bénéfice du patient.
4. Se faire un point d'honneur d'évaluer les situations complexes en équipe multidisciplinaire.
5. Favoriser l'accès aux évaluations effectuées par les autres professionnels.
6. Connaître l'étendue de son champ d'exercice et son identité professionnelle afin de ne pas se sentir menacé.
7. L'écoute du patient et de ses proches devrait orienter la collaboration interprofessionnelle.
8. La collaboration inter ordres a une influence positive sur les efforts de collaboration des professionnels.
9. Développer une compréhension commune de la collaboration interprofessionnelle grâce à l'utilisation d'un vocabulaire précis et d'outils pédagogiques et de communication.
10. Intégrer la collaboration interprofessionnelle à la formation académique et aux activités de développement professionnel continu.

Note : Cette liste a été constituée à partir des résumés fournis par les animateurs de l'activité de réseautage.

« En tant que cliniciens, nous gérons la complexité des soins. Il faut que de multiples regards se portent sur une situation clinique complexe. »

D^r Alain Vadeboncoeur

Les panélistes s'entendent sur une chose. S'il est un écueil à éviter, c'est l'ambiguïté des rôles des divers professionnels autour du patient. Les rôles de chacun doivent être bien définis, estime Denis Fortier. Le professionnel se demandera ce qu'il peut apporter au patient comme membre de l'équipe de soins, mais il se demandera aussi comment il sera nourri par le travail en collaboration et comment cela contribuera à son développement professionnel. La complexité des situations cliniques exige en effet une réelle collaboration des soignants, selon Denis Fortier, qui estime que la richesse des expertises peut bonifier significativement les soins. « En tant que cliniciens, nous gérons la complexité des soins, ajoute Alain Vadeboncoeur. Il faut que de multiples regards se portent sur une situation clinique complexe. »

Le médecin peut être un écueil lui-même, a admis humblement le D^r Vadeboncoeur. Il peut être rassurant pour lui de travailler seul de son côté, dit-il, sans affronter de difficultés, sans avoir à débattre pour mettre de l'avant ses idées. Et parfois le médecin n'est pas présent lors des réunions d'équipe par manque de temps. Pourtant, Alain Vadeboncoeur reconnaît qu'il faut une vision commune. Lorsque le médecin et l'infirmière s'entendent sur certains éléments, « c'est un message très fort ». Il faut d'abord de petits succès en petits groupes pour susciter l'engagement des professionnels, en vue de pouvoir ensuite



les intéresser à des projets de collaboration de plus grande envergure, croit Madeleine St-Gelais.

Accompagner le patient

Une équipe de soins qui fait preuve d'une grande cohésion est remarquée par les patients, souligne André Néron, patient partenaire. Le patient qui voit que les professionnels de l'équipe ont travaillé ensemble se sent alors véritablement accompagné dans sa prise de décision. Du point de vue du patient, il est important que la communication soit excellente entre les professionnels, et ce, dès l'annonce du diagnostic. Étant asthmatique, il a été hospitalisé plus souvent qu'à son tour en raison de graves exacerbations. Or, depuis quelques années, il n'a été hospitalisé qu'en de très rares occasions, un progrès qu'il n'hésite pas à mettre sur le compte d'une collaboration interdisciplinaire réussie et de son implication personnelle dans l'équipe de soins.

Plusieurs patients partenaires présents à l'événement ont mentionné les mêmes préoccupations à l'égard de leurs professionnels de la santé. La vision encore trop répandue est celle du « je soigne », et non du « j'accompagne »,



déplorent-ils. Dans les faits, ils ne les voient que très peu de temps au cours d'une année. « Le reste du temps, c'est moi qui m'occupe de ma maladie, a mentionné l'un d'entre eux, André Myre. Je demande aux soignants de m'accompagner pour m'aider à vivre ce que j'ai à vivre. »

L'inclusion du patient et de ses proches comme partenaires de soins n'est toujours pas un principe acquis pour certains professionnels, explique André

Néron. Alain Vadeboncoeur admet que les professionnels ont encore du chemin à parcourir afin que le patient se sente membre à part entière de l'équipe de soins. ❖ C.B.

À consulter : Le microsite collaborationinterprofessionnelle.ca

L'OIIQ remercie son partenaire platine La Capitale Assurances générales pour le soutien financier accordé à la tenue de cet événement.



Les membres du Comité jeunesse



« NOUS SOMMES DES HÉROS DE TOUS LES JOURS »

Luc-Richard Poirier manifeste un véritable engagement envers les professionnels de la santé. Jouant de son enthousiasme communicatif, il délivre des messages d'humanité et de bienveillance.

Il a conquis l'assistance dès les premières minutes grâce à un sens de l'humour décapant. Il n'est pas un conférencier ordinaire : il est infirmier, comme son auditoire. Conscient de la détresse psychologique de certains de ses pairs, il a entrepris de les défendre. Depuis 25 ans, il se consacre à « l'humain », ressource inestimable mais négligée dans plusieurs milieux de travail. « Il y a des héros d'un jour; nous, les infirmières et infirmiers, sommes les héros de tous les jours », lance Luc-Richard Poirier.

Ponctuant son discours d'anecdotes et de références cinématographiques, Luc-Richard Poirier souligne que les infirmières doivent protéger leur « vie personnelle », trouver du temps pour s'amuser et arriver à l'occasion à dire non. Le conférencier évoque le courage de certaines qui veulent



Luc-Richard Poirier

faire des changements dans leur vie professionnelle. Il leur conseille d'être patientes, tout en restant déterminées.

La passion constitue un puissant moteur d'action, dit-il. Une infirmière novatrice doit oser proposer des projets pilotes. Et si se tromper fait partie de la vie, il faut éviter de se laisser abattre.

À la fin de son allocution, Luc-Richard Poirier a demandé aux infirmières de se souvenir des raisons qui les ont guidées dans leur choix de carrière, car elles constituent un moteur dans les moments de doute. Pour beaucoup d'infirmières, l'une des raisons est celle-ci : par un geste, par un regard, avoir le pouvoir de faire une différence dans la vie d'une personne. ❖ D.B.-B.

PRIX MÉRITE DU CIQ

LINDA MORNEAULT



L'IPS en néonatalogie Linda Morneau a reçu le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) en novembre dernier dans le cadre du congrès annuel de l'OIIQ. Ce prix honore un membre qui s'est distingué par son apport à sa profession et à son ordre professionnel. Linda Morneau a occupé un rôle de premier plan dans le développement de plusieurs programmes de formation et de protocoles de soins pour les nouveau-nés. Sa collaboration avec l'Ordre s'est traduite notamment par le développement du rôle d'IPS en néonatalogie. Ses réalisations, qui visent à développer et à améliorer la qualité des soins aux nouveau-nés prématurés et à terme dans un état critique, ont eu des impacts réels sur la vie de ses patients et de leurs familles, ainsi que sur la pratique infirmière. ❖

CONGRÈS OIIQ
2017

Merci à nos partenaires

qui, par leur soutien financier au Congrès 2017, contribuent à façonner les soins infirmiers de l'avenir.

Partenaire Platine



Partenaires Or



Partenaires Bronze



Journée étudiante



Douleur aiguë pédiatrique : de l'urgence à l'unité de soins

Par **Maryse Grégoire**, inf., M. A., **Geneviève Paquette**, inf., M. Sc., **Patricia Bourgault**, inf., Ph. D., **Johanne Lapré**, inf., M. Sc., **Linda Bell**, inf., Ph. D., et **Sylvie Lafrenaye**, M.D., Ph. D.



© Zilkovec / Dreamstime

Objectifs d'apprentissage

- Se familiariser avec l'Échelle française d'évaluation de la douleur pédiatrique Evendol® pour les 0 à 7 ans.
- Se familiariser avec la prise en charge de la douleur pédiatrique à partir de l'exemple du CHUS (Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Hôpital Fleurimont) utilise depuis 2001 un protocole de prise en charge de la douleur chez les enfants et les adolescents de 5 à 17 ans de son unité de pédiatrie (Falanga, Lafrenaye, Mayer et Tétrault, 2006). Une fois prescrit par le médecin, ce protocole, duquel découle une ordonnance pharmaceutique standardisée pré-imprimée, permet aux infirmières d'être autonomes pour l'ajustement des analgésiques en fonction

de l'évaluation de la douleur de l'enfant. Or, chez les enfants âgés de 0 à 5 ans, l'évaluation de la douleur était jusqu'à récemment basée essentiellement sur la perception des professionnels de la santé, puisque le CHUS n'avait pas recours à une échelle validée et standardisée pour ce groupe d'âge. Cette absence d'évaluation formelle limitait l'utilisation d'un algorithme de prise en charge pharmacologique chez les tout-petits.

Figure 1a Échelle de douleur pédiatrique : 0 – 7 ans

Evendol® Évaluation – Enfant – Douleur	Échelle validée de la naissance à 7 ans. Score de 0 à 15, seuil de traitement 4/15.			
Il faut noter tout ce que vous observez, même si vous pensez que les signes ne sont pas causés par la douleur, mais par la peur, l'inconfort, la fatigue ou la gravité de la maladie.				
Penser à réévaluer	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent
Expression vocale ou verbale Pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal.	0	1	2	3
Mimique A le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée.	0	1	2	3
Mouvements S'agite et/ou se raidit et/ou se crispe.	0	1	2	3
Positions A une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile.	0	1	2	3
Relation avec l'environnement Peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage.	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3
Seuil de traitement 4/15		Score total /15		

Figure 1b Triage pédiatrique en fonction de l'échelle de la douleur Evendol® au repos

1 Au repos ou calme (R) : observer l'enfant avant tout soin ou examen, dans les meilleures conditions possibles de confort et de confiance, par exemple à distance, avec ses parents, quand il joue... 2 À l'examen ou la mobilisation (M) : il s'agit de l'examen clinique ou de la mobilisation ou palpation de la zone douloureuse par l'infirmière ou le médecin. 3 Réévaluer régulièrement en particulier après analgésique, au moment du pic d'action : ≈ 30 à 60 min IM – SC ≈ 60 min PO – IR ≈ 5 à 15 min IV Préciser la situation, au repos (R) ou à la mobilisation (M).			
Adaptation Échelle Evendol® pour le triage		Modificateurs 1 ^{er} ordre Évaluation de la douleur	
		Douleur	Niveau d'ETG
Douleur sévère	9 - 15 / 15	Aiguë	2
		Chronique	3
Douleur légère à modérée	4 - 8 / 15	Aiguë	3
		Chronique	4
Inconfort	0 - 3 / 15	Aiguë	4
		Chronique	5

Notes

Si l'enfant dit qu'il a mal = indication de traiter (l'évaluation subjective a préséance sur l'échelle).

L'échelle Evendol est une échelle comportementale. Elle ne peut pas être transposée à une échelle numérique.

Les parents connaissent bien leur enfant. Il faut tenir compte de leur opinion dans l'évaluation.

Échelle validée aux urgences.
Référence : Archives de Pédiatrie 2006, 13(022), 129-130.
© 2011 – Groupe Evendol – Zid et Zen communication
Adaptée par M. Grégoire, G. Paquette, P. Bourgault, S. Lafrenaye, J. Lapré, L. Bell CHUS © 2014

Afin de poursuivre l'uniformisation de la prise en charge de la douleur pédiatrique à l'aide d'une approche pharmacologique multimodale, le protocole de prise en charge de la douleur a été révisé. Cette révision a permis une gestion optimale de la douleur aiguë pédiatrique, de l'urgence à l'unité de soins, à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et à l'Hôpital Fleurimont. Les objectifs étaient de choisir une échelle d'évaluation de la douleur pédiatrique pour les 0 à 7 ans et de développer des outils permettant de traiter l'ensemble des enfants et des adolescents de 0 à 18 ans et d'assurer le suivi clinique de leur douleur. Cela nécessitait une adaptation du protocole initial et le choix d'une échelle d'évaluation pour la clientèle plus jeune.

Douleur

La douleur est considérée comme le cinquième signe vital. Selon Mattsson, Forsner et Arman (2011) ainsi que Simons et Moseley (2009), la perception de la douleur, ou nociception, chez les enfants fait référence à des lésions des tissus ainsi qu'à la compréhension de l'enfant, de ses émotions et de ses expériences par rapport à la douleur. Celle-ci semble exclure les clientèles aux stades préverbaux comme les nourrissons, les jeunes enfants et les enfants atteints de troubles cognitifs ou de communication.

Rappelons que le jeune enfant possède toutes les structures anatomiques et fonctionnelles pour percevoir la douleur, et ce, depuis la 20^e semaine de vie intra-utérine. Il est en mesure de communiquer sa douleur par son comportement. Pourtant, la douleur chez les jeunes enfants a longtemps été ignorée, principalement parce qu'ils ne peuvent l'exprimer verbalement.

Aujourd'hui, même si elle est largement étayée par des études, la perception de la douleur chez l'enfant n'est toujours pas évaluée de façon appropriée par les professionnels de la santé, y compris les infirmières (Mattsson et al., 2011; Simons et Moseley, 2009; Hockenberry et Wilson, 2012).

Échelle Evendol®

Il existe différentes échelles d'évaluation de la douleur. Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS utilise les suivantes :

- Échelle visuelle analogue (EVA)
- Échelle des visages
- Échelle verbale de classement
- Échelle numérique (0 à 10)
- Échelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN) en néonatalogie
- Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) (Gélinas, Rémy, Gagné, Desjardins, Chabot, Vaillant et Allard, 2015) chez les patients intubés aux soins intensifs adultes
- Échelle comportementale pour la clientèle adulte.

Il faut souligner que ces échelles ne sont pas toutes adaptées à l'évaluation de la douleur chez les enfants de moins de cinq ans. C'est pourquoi l'échelle d'évaluation de douleur pédiatrique **EV**aluation **EN**fant **DO**uleurs, ou Evendol pour les 0 à 7 ans (**Figures 1a et 1b**) a été retenue et approuvée comme échelle d'évaluation de la douleur chez le jeune enfant (Fournier-Charrière, Lassaue, Tourniaire, Ricard, Carbajal et al., 2006a; Fournier-Charrière, Reiter, Lassaue, Tourniaire, Ricard et al., 2006b). Cet outil est intégré dans le Dossier clinique informatisé du patient, ce qui facilite la documentation ainsi que le suivi de la douleur, à distance et en temps réel.

Pour les enfants âgés de 5 à 7 ans, l'équipe soignante optera soit pour l'échelle Evendol, soit pour l'échelle EVA, selon la maturité de l'enfant et sa capacité à quantifier sa douleur de manière fiable. Il revient au clinicien de choisir l'échelle qu'il considère la plus appropriée et il est suggéré d'utiliser la même pour les évaluations subséquentes.

L'évaluation de la douleur chez les enfants ne possédant pas les habilités langagières repose généralement sur l'analyse de leur comportement face à la douleur par une autre personne (hétéro-évaluation), le plus souvent un professionnel de la santé mais également par la famille. Quant à l'auto-évaluation – considérée comme le *gold standard* – par exemple avec l'échelle visuelle analogue (EVA), elle devient fiable généralement chez les enfants de plus de cinq ans dont le développement n'est pas compromis par la douleur ou la maladie (Hockenberry et al., 2012).

Cas clinique : Léa

Léa, âgée de 4 ans, se présente à l'urgence avec ses parents pour une douleur à la clavicule droite. Vous procédez au triage. Au cours de l'entrevue avec les parents, vous apprenez que Léa est tombée d'un trampoline dans la matinée et que, depuis ce temps, elle se plaint de douleur et pleure. À l'examen physique, vous constatez une mobilisation limitée et douloureuse du membre supérieur droit. Elle refuse de lever son bras droit. Vous utilisez l'échelle Evendol pour évaluer sa douleur au repos (**Tableau 1**) et à la mobilisation (**Tableau 2**).

Après l'évaluation complète (au repos et à la mobilisation) réalisée par l'infirmière au triage, les ordonnances collectives à sa disposition sont débutées : de l'acétaminophène, 15 mg/kg p.o. et de l'ibuprofène, 10 mg/kg p.o. seront administrés à Léa. Dès que Léa sera évaluée par le médecin, le protocole (algorithme) de douleur pourra être prescrit et débuté.

Tableau 1 Évaluation au repos

	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent
Expression vocale ou verbale				
Pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal.	0	1	2	3
Mimique				
A le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée.	0	1	2	3
Mouvements				
S'agite et/ou se raidit et/ou se crispe.	0	1	2	3
Positions				
A une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile.	0	1	2	3
Relation avec l'environnement				
Peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage.	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3
Seuil de traitement 4/15			Score total 7 /15	

Tableau 2 Évaluation à la mobilisation

	Signe absent	Signe faible ou passager	Signe moyen ou environ la moitié du temps	Signe fort ou quasi permanent
Expression vocale ou verbale				
Pleure et/ou crie et/ou gémit et/ou dit qu'il a mal.	0	1	2	3
Mimique				
A le front plissé et/ou les sourcils froncés et/ou la bouche crispée.	0	1	2	3
Mouvements				
S'agite et/ou se raidit et/ou se crispe.	0	1	2	3
Positions				
A une attitude inhabituelle et/ou antalgique et/ou se protège et/ou reste immobile.	0	1	2	3
Relation avec l'environnement				
Peut être consolé et/ou s'intéresse aux jeux et/ou communique avec l'entourage.	Normale 0	Diminuée 1	Très diminuée 2	Absente 3
Seuil de traitement 4/15			Score total 14 /15	

Les enfants de 5 à 7 ans qui ont connu peu d'expériences de douleur sont, pour cette raison, généralement très peu en mesure d'en décrire l'intensité. Pour eux, bien souvent, la douleur est présente ou absente, en raison de cette absence de modulation expérientielle.

De ce fait, et par précaution, certains chercheurs recommandent que les outils d'auto-évaluation ne soient pas utilisés d'emblée avec les enfants de moins de 4 ans (Hockenberry et al., 2012).

Plusieurs échelles comportementales d'évaluation de la douleur pouvant potentiellement être adaptées aux nouveau-nés et nourrissons sont décrites dans la littérature scientifique, mais elles réfèrent surtout aux pleurs, à l'agitation et aux grimaces et sont destinées à ceux qui évaluent la douleur aiguë (par exemple l'échelle DAN, de Carbajal, Paupe, Hoenn, Lenclen et Olivier-Martin, 1997) (Beltramini, Ruiz-Almenar, Tsapis, Goddet, Galinski, Kessous et al., 2011).

Le stress et la douleur sont deux symptômes qu'il est souvent difficile de dissocier chez l'enfant. Le stress est en lien avec la variation des indicateurs physiologiques (tachycardie, hypertension, dilatation des pupilles, pâleur, transpiration excessive), lesquels ne sont pas nécessairement des indicateurs de douleur. Pourtant, on confond fréquemment les signes de stress et les signes de douleur. Les soignants ont besoin d'une échelle d'évaluation de la douleur qui soit commune et facile à compléter, telle que l'échelle Evendol. Celle-ci permet de repérer la douleur et d'en quantifier l'intensité, une information indispensable à la prescription appropriée

d'analgésiques. Le seuil de traitement de l'échelle Evendol® (4/15) permet de suivre l'évolution de la douleur après l'administration des antalgiques. Il donne un sens à l'évaluation et constitue un avantage indéniable, car il permet d'être objectif et de savoir quand le traitement est requis (Fournier-Charrière et al., 2006b).

Il faut se rappeler que l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur n'a de sens que si le processus d'évaluation de la douleur conduit à l'administration ou à l'ajustement d'un traitement analgésique. Cet outil de mesure comportemental et contextuel que représente l'échelle Evendol tient compte de la douleur (plaintes, grimaces, mouvements et consolabilité) dans un contexte de repos ou de mobilité. Il est adapté à l'âge des enfants ciblés, soit ceux qui sont âgés de 0 à 7 ans, une clientèle qui s'exprime peu verbalement. Le score attribué par l'échelle Evendol® est sur 15, ce qui représente un inconvénient, les échelles de la douleur étant habituellement sur 10. Toutefois, les avantages surpassent cet inconvénient.

Algorithmes décisionnels et autres outils

Le protocole d'évaluation de la douleur pédiatrique qui a été développé au CIUSSS de l'Estrie-CHUS comprend deux algorithmes de traitement de la douleur, une ordonnance pharmaceutique pré-imprimée, des ordonnances collectives pour les urgences, et des outils cliniques permettant notamment la surveillance relative à l'administration d'opiacés à la clientèle pédiatrique.

Figure 2 Algorithme pour la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant

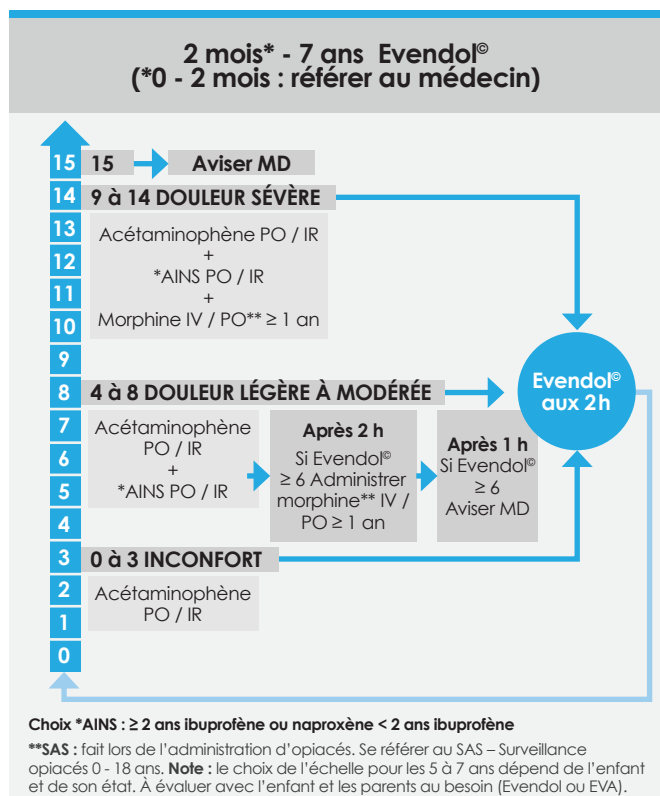
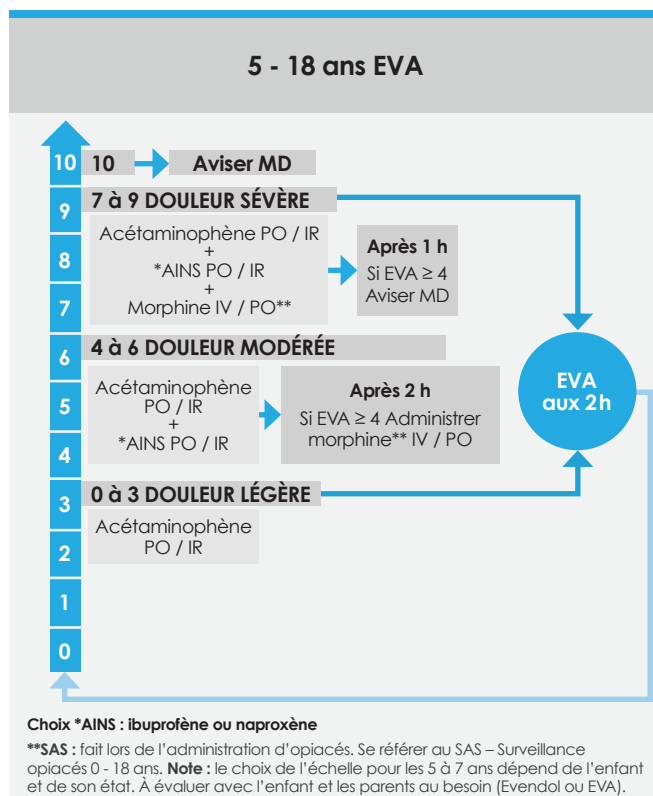


Figure 3 Algorithme pour la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant ou l'adolescent



Cas clinique : Mathias

Mathias, âgé de 12 ans, a été opéré pour une appendicectomie d'urgence en soirée. À la salle de réveil, il a reçu de l'acétaminophène par voie rectale. Au retour du bloc opératoire, à son arrivée à l'étage de pédiatrie, le protocole de douleur est prescrit par le médecin et débuté par l'infirmière.

À la suite de la première évaluation de la douleur (PQRSTUI), Mathias se dit très souffrant. Il évalue que sa douleur est à 7/10 à l'échelle EVA. Selon l'algorithme pour la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant ou l'adolescent, de l'acétaminophène et du naproxène sont administrés pour les premières 24 heures post-opératoires, en respectant les intervalles posologiques. Puisque la douleur est sévère (plus de 6/10), une dose de morphine per os est également administrée (**Figure 3**). Si l'échelle Evendol est utilisée pour un patient plus jeune, on se réfère à l'algorithme pour la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant (**Figure 2**).

Au pic d'action des médicaments analgésiques reçus, soit une heure plus tard, l'infirmière réévalue la douleur à l'aide de l'échelle EVA et utilise l'échelle de sédation et d'agitation (SAS), en plus de surveiller l'état respiratoire (**Figures 4a et 4b**) puisqu'un opiacé a été administré. Mathias dit se sentir beaucoup mieux et il évalue maintenant sa douleur à 3/10. L'infirmière poursuivra donc son évaluation de la douleur aux deux heures.

Si la douleur s'intensifie à des valeurs supérieures à 6/10, une autre dose de morphine sera administrée.

Toutefois, si les scores se maintiennent entre 0/10 et 3/10 pendant 24 heures, le protocole de douleur permet de débiter le processus de sevrage et de cesser l'AINS.

Si 12 heures plus tard les scores se maintiennent toujours entre 0/10 et 3/10, le protocole de douleur permet de cesser l'administration de l'acétaminophène.

Compte tenu des bienfaits de l'algorithme existant en pédiatrie, il allait de soi qu'il fallait l'adapter pour les petits. Des algorithmes validés (Duvivier, Mayer et Lafrenaye, 2014; Falanga et al., 2006) guidant l'administration des médicaments par l'infirmière en fonction de l'évaluation de la douleur (**Figures 2 et 3**) et l'outil clinique sur la surveillance des analgésiques (**Figures 4a et 4b**) permettent à l'infirmière d'être

autonome dans la gestion de la douleur. Une ordonnance pharmaceutique pré-imprimée standardisée est disponible pour l'hôpital (**Figure 5, disponible dans la version en ligne de cet article**). Elle permet à l'infirmière de recourir aux algorithmes décisionnels, ce qui améliore ainsi la sécurité et la rapidité de la gestion de la douleur.

Des ordonnances collectives disponibles aux urgences permettent aux infirmières d'administrer des analgésiques



à cause DES GENS

Une carrière à Montfort,
centrée sur la personne

 **Montfort**

Postulez maintenant au hopitalmontfort.com/emplois

Figure 4a Surveillance de la douleur avec ou sans opiacés (0-18 ans)

ÉCHELLE DE SÉDATION ET D'AGITATION (SAS)		
Qualitatif	Description	Score
Agitation dangereuse	Tire sur la sonde endotrachéale, tente d'arracher les cathéters, tente de passer par-dessus les ridelles, frappe le personnel.	7
Très agité	Ne peut être calmé par des rappels verbaux fréquents, besoin de contentions physiques, mord la sonde endotrachéale.	6
Agitation	Anxieux, légèrement agité, tente de s'asseoir, se calme à la suite de rappels verbaux.	5
Calme et collaboratif	Calme, se réveille facilement et suit les consignes.	4
Sédation	Difficile à stimuler. Se réveille aux stimuli verbaux ou à la stimulation légère, mais se rendort aussitôt. Répond aux ordres simples.	3
Sédation profonde	Se réveille aux stimuli physiques (mais ne communique pas ou ne répond pas aux commandes). Peut bouger spontanément.	2
Aucune réaction	Peu ou pas de réaction aux stimuli douloureux, ne communique pas et ne répond pas aux commandes.	1

Ricker et al., 1999.

Si SAS < 4 ET FR normal : informer le médecin
Si SAS < 4 ET bradypnée : aviser le médecin STAT

L'INFIRMIÈRE DOIT DEMEURER AU CHEVET DE L'ENFANT

- Demander de l'aide et tenter de réveiller le patient vigoureusement, le stimuler à respirer.
- Cesser l'administration de tous les opiacés.
- Assurer l'assistance ventilatoire adéquate, ventiler avec ambu PRN. **L'administration d'oxygène seul n'est pas sécuritaire**, car il masque l'hypoventilation.
- Installer un satomètre pour SpO₂ en continu.
- S'assurer de la présence d'un accès veineux perméable.
- Envisager le protocole de naloxone : chariot d'initiation RCR.

Considérer bradypnée à :	
Âge	FR <
Nouveau-né à 1 mois	< 40/min
1 mois à 6 mois	< 30/min
6 mois à 2 ans	< 20/min
2 ans à 4 ans	< 18/min
4 ans à 10 ans	< 16/min
Plus de 10 ans	< 10/min

The Lancet, 2011.

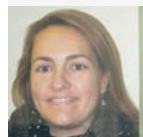
Figure 4b Surveillance de la douleur avec ou sans opiacés (0-18 ans)

ÉVALUATION DE LA DOULEUR – 5 ^e SIGNE VITAL	
1	Évaluation complète de la douleur à l'admission : PQRSTUI
2	Évaluation de l'intensité de la douleur, minimalement aux 8 heures, lors de la prise des signes vitaux : 0 à 7 ans : Evendol / 15 5 à 18 ans : EVA / 10
3	Réévaluation de la douleur avec l'échelle appropriée selon l'âge : ■ en fonction des analgésiques reçus ■ selon l'état de l'enfant ■ à chaque épisode de douleur inattendue ou sévère ■ lorsque la douleur provient d'une région non reliée à la maladie ou à la chirurgie
L'autoévaluation est la norme dans l'évaluation de la douleur pour tout patient. Par contre, pour les enfants de 0 - 7 ans, l'Evendol® (échelle comportementale) est un outil valide et fiable.	
SURVEILLANCE CLINIQUE	
Pour tout enfant de moins de 12 mois, si opiacés reçus, un satomètre avec les alarmes en fonction doit être en place en permanence.	
Avant l'administration et au pic d'action ■ Évaluer l'intensité de la douleur	
Si opiacés reçus ■ Évaluer le degré de sédation (échelle SAS) ■ Évaluer l'état respiratoire (fréquence, amplitude, SpO₂ et ronflements)	
Porter une attention spéciale lors de l'administration d'un bolus unique , d'un début de traitement , d'une modification à la hausse de la dose et lors des doses subséquentes.	
Pics d'action des analgésiques ≈ 30 à 60 min IM – SC ≈ 60 min PO – IR ≈ 5 à 15 min IV	
Effets secondaires des opiacés ■ Nausées ■ Vomissements ■ Perte d'appétit ■ Confusion ■ Étourdissements ■ Somnolence ■ Prurit ■ Rétention urinaire ■ Constipation	

Les auteures



Maryse Grégoire, infirmière, est conseillère cadre clinicienne pour les urgences et la santé publique à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et professeure associée de clinique à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.



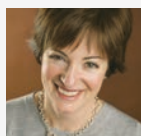
Geneviève Paquette est infirmière conseillère cadre clinicienne à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS pour la clientèle jeunesse et santé publique jeunesse.



Patricia Bourgault est vice-doyenne aux sciences infirmières et directrice de l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.



Johanne Lapré est infirmière conseillère cadre clinicienne à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Estrie-CHUS pour les soins ambulatoires et responsable pour la DSI du dossier de la gestion de la douleur.



Linda Bell, infirmière, est chercheuse (axe populations, organisation et pratiques) au Centre de recherche du CHUS et professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.



Sylvie Lafrenaye est médecin pédiatre-intensiviste au CIUSSS de l'Estrie-CHUS (Hôpital Fleurimont) et chercheuse (axe inflammation-douleur) au Centre de recherche du CHUS. Elle est également professeure titulaire au Département de pédiatrie à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

(acétaminophène, sucrose, anti-inflammatoires non stéroïdiens) avant la prise en charge médicale. Les besoins en analgésie des nourrissons de moins de deux mois sont traités sur une base individuelle, étant donné les particularités inhérentes à leur âge et leur faible maturité physiologique. Une ordonnance pharmaceutique individuelle peut alors être utilisée au besoin. L'échelle Evendol est également utilisée auprès d'eux afin de les évaluer objectivement.

L'échelle Evendol a été adaptée à l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) pour les départements d'urgence afin de faciliter l'évaluation des patients en utilisant la douleur comme modificateur de premier ordre pour attribuer une cote de priorité, tel qu'il est recommandé (**Figure 1b**). C'est donc l'approche entière du traitement de la douleur pour l'ensemble des enfants hospitalisés qui a été ainsi revue. Ce protocole permet une gestion complète et rapide de la douleur aiguë chez les enfants de 0 à 18 ans, tout au long du continuum de soins (Beveridge et al., 1998). ■

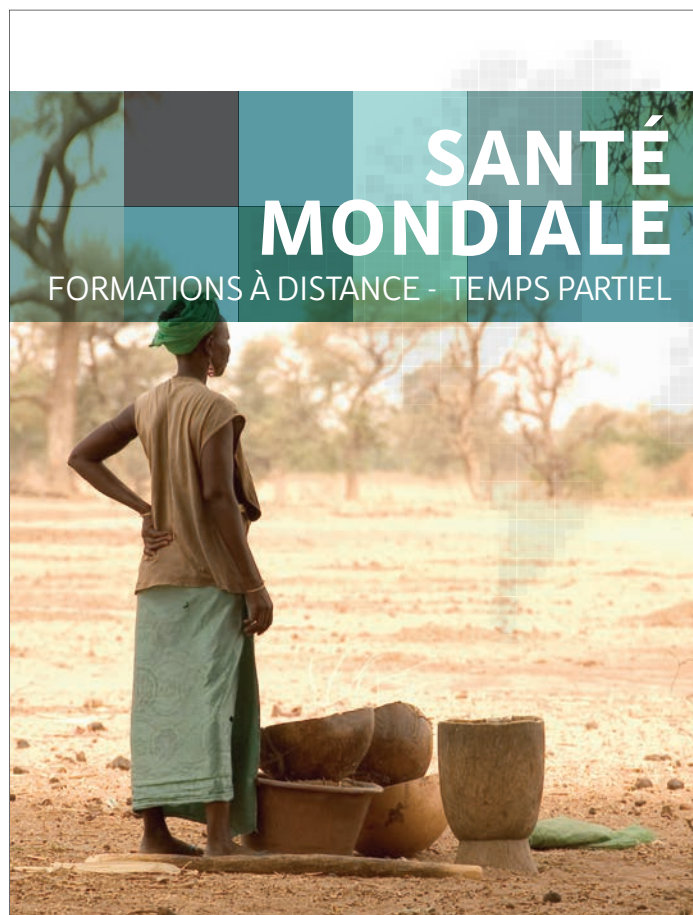
Les auteurs remercient le pharmacien Robert Thiffault, du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, pour sa collaboration.

Il est possible de consulter la Figure 5, intitulée « Ordonnances pharmaceutiques », dans la version de cet article mis en ligne sur le site oiiq.org.

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il est en ligne sur le site de l'OIIQ.

Références

- Ball, J. et Bindler, R. (2010). L'évaluation et le soulagement de la douleur. Dans J. Ball et R. Bindler (dir.), *Soins infirmiers en pédiatrie* (2^e éd.) (p. 458-487). Saint-Laurent, QC : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Beltramini, A., Ruiz-Almenar, R., Tsapis, M., Goddet, S., Galinski, M., Kessous, K., ... Chabernaud, J.-L. (2011). Étude prospective de validité de l'échelle comportementale de douleur EVENDOL en situation pré-hospitalière. 18^{es} Journées Pédiadol – La douleur de l'enfant, quelles réponses? Paris : Unesco. Repéré à www.pediadol.org
- Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., Murray, M. et Vadeboncoeur, A. (1998). L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les urgences – Guide d'implantation. Repéré à http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/etg_-_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf?phpMyAdmin=i,heTT,BhKb96mm75DwflUjab
- Carbajal, R., Paupe, A., Hoenn, E., Lencien, R. et Olivier-Martin, M. (1997). DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Archives de Pédiatrie*, 4(7), 623-628. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(97\)83360-X](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(97)83360-X)
- Duvivier, A., Mayer, S. et Lafrenaye, S. (2014). Standardized analgesia protocol led by nurses: Efficacy maintained when based on hetero-evaluation. *The Journal of Pain*, 15(4, Suppl.), S1. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.007>
- Falanga, I. J., Lafrenaye, S., Mayer, S. K. et Tétrault, J.-P. (2006). Management of acute pain in children: Safety and efficacy of a nurse-controlled algorithm for pain relief. *Acute Pain*, 8(2), 45-54. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.oacpain.2006.02.001>
- Fournier-Charrière, E., Lassauge, F., Tourniaire, B., Ricard, C., Carbajal, R., Falissard, B., ... Nouyrigat, V. (2006a). Élaboration d'une échelle comportementale de douleur pour l'enfant de moins de 6 ans aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 13(922), 129.
- Fournier-Charrière, E., Reiter, F., Lassauge, F., Tourniaire, B., Ricard, C., Carbajal, R., ... Nouyrigat, V. (2006b). Validation de l'échelle EVENDOL, une échelle comportementale de douleur pour l'enfant de moins de 6 ans aux urgences pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*, 13(922), 130.
- Gélinas, C., Rémy, J., Gagné, L., Desjardins, S., Chabot, M.-P., Vaillant, F. et Allard, M.-C. (2015). Le CPOT – Évaluer la douleur de patients adultes inconscients – Validation de l'échelle comportementale Critical-Care Pain Observation Tool pour évaluer la douleur de patients adultes inconscients sous ventilation mécanique à l'unité des soins intensifs. *Perspective infirmière*, 12(2), 48-53.
- Hockenberry, M. J. et Wilson, D. (2012). Évaluation et traitement de la douleur. Dans M. J. Hockenberry et D. Wilson (dir.), *Soins infirmiers – Pédiatrie* (8^e éd.) (chap. 7). Montréal : Chenelière Éducation.
- Mattsson, J. Y., Forsner, M., et Arman, M. (2011). Uncovering pain in critically ill non-verbal children: Nurses' clinical experiences in the pediatric intensive care unit. *Journal of Child Health Care*, 15(3), 187-198.
- Simons, J. et Moseley, L. (2009). Influences on nurses' scoring of children's post-operative pain. *Journal of Child Health Care*, 13(2), 101-115.



SANTÉ MONDIALE

FORMATIONS À DISTANCE - TEMPS PARTIEL

DESS EN SANTÉ MONDIALE – 30 CRÉDITS MICROPROGRAMME DE 2^E CYCLE EN APPROCHE CLINIQUE EN SANTÉ MONDIALE – 9 CRÉDITS

- > Formations spécialisées destinées à tous les professionnels de la santé.
- > Approche interdisciplinaire avec la contribution de plus de 40 experts, professeurs et professionnels de partout dans le monde détenant une expérience terrain.
- > Possibilités de stage d'immersion clinique (DESS).
- > Régions abordées : Amérique centrale, Amérique latine, Afrique, Asie, Moyen-Orient, Nord québécois et canadien.
- > Thématiques variées : parasitologie et pathologie tropicale, épidémiologie, pharmacologie, santé-voyage, environnement, etc.

INFORMATION
santemondiale@uqat.ca
1 877 870-8728 poste 2108
uqat.ca/santemondiale

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE

Irrigation transanale

Avantages et inconvénients pour les soins intestinaux aux blessés médullaires

Au Québec, l'incidence des lésions médullaires est estimée à environ 2 000 cas par année (Moutquin, 2013). La condition médicale de ces personnes se traduit par des limitations aux plans moteur et sensitif qui varient selon leur niveau de lésion. De façon générale, une lésion basse entraîne une paralysie des membres inférieurs alors qu'une lésion haute, par exemple au niveau des vertèbres cervicales, entraîne une tétraplégie, c'est-à-dire la paralysie des quatre membres (Moelle épinière et motricité Québec, 2016). Le dérèglement du fonctionnement normal de l'intestin, ou intestin neurogène, constitue l'une de ces limitations.

Par **Daphney St-Germain**, inf., Ph. D., **Gina Therrien**, inf., **Julie Genest**, B. Sc. inf., et **Mélanie Couture**, M. Sc.

Pour plusieurs personnes blessées médullaires, la rééducation intestinale s'avère une préoccupation majeure. Elle nécessite beaucoup de temps, elle exige souvent une aide humaine et elle touche une dimension très intime de la personne. Assurer une gestion efficace du système intestinal se révèle donc complexe, compte tenu du fait que l'incontinence peut avoir des conséquences néfastes sur les personnes ayant une lésion médullaire, à la fois sur les plans physique, psychologique, social et sexuel (Burns, St-Germain, Connolly, Delparte, Guindon et al., 2015a; 2015b; Colo-

plast, 2013; Finnerup, Faaborg, Krogh et Jensen, 2008; Glickman et Kamm, 1996; St-Germain, Connolly et Hitzig, 2017).

En effet, 42 % d'entre elles affirment avoir des problèmes de constipation et 77 % disent être aux prises avec de l'incontinence fécale (Emmanuel, 2010; Lynch, Antony, Dobbs et Frizelle, 2001). Les approches traditionnelles telles que la médication, la stimulation et le curage rectal ne semblent pas répondre totalement aux besoins de ces personnes (Coggrave, 2007; Del Popolo, Mosiello, Pilati, Lamartina, Battagliano et al., 2008.)

Cependant, des études indiquent que les personnes qui utilisent l'irrigation transanale vivent moins d'épisodes d'incontinence fécale et de constipation, jouissent d'une augmentation de leur qualité de vie et observent une diminution de la durée de leur routine de soins (Christensen, Bazzocchi, Coggrave, Abel, Hultling et al., 2006; 2008; Del Popolo et al., 2008.) Encore peu utilisée au Québec, l'irrigation transanale représente une solution de rechange intéressante pour les soins intestinaux des personnes blessées médullaires. Désireuse d'offrir à la clientèle blessée médullaire les soins les plus efficaces possibles, une équipe d'infirmières de l'unité des blessés médullaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale – site de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) – a évalué l'utilisation de l'irrigation transanale dans le cadre d'un projet de recherche.

Objectif de la recherche

Documenter l'efficacité de l'irrigation transanale et en identifier les avantages et les inconvénients, en comparaison avec les approches traditionnelles de soins intestinaux, pour des personnes ayant subi une lésion de la moelle épinière.

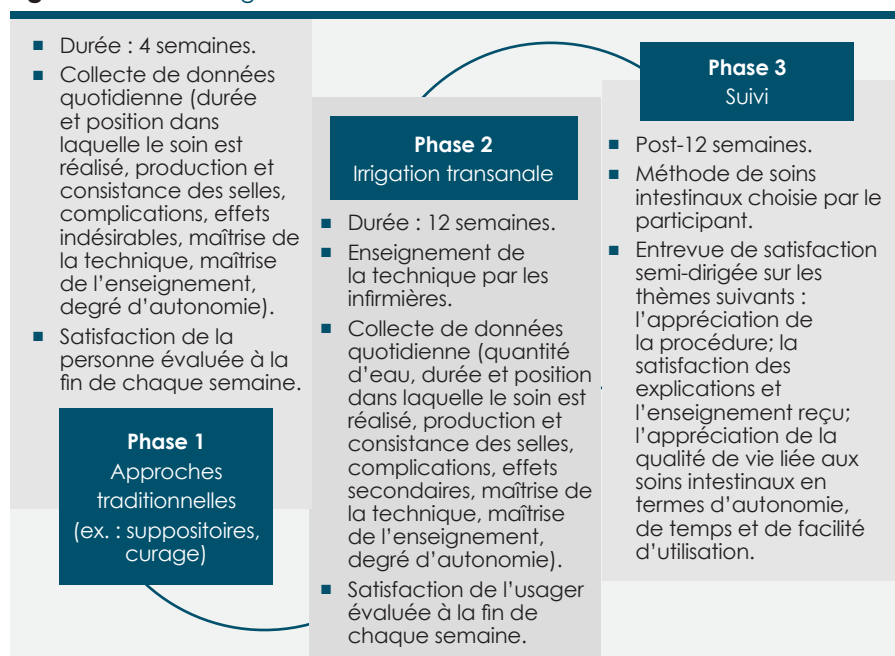
Méthodologie

Étude exploratoire avec cas multiples. Afin d'atteindre l'objectif visé, les modalités d'utilisation de chacun des procédés ont été documentées pour chaque participant (Figure 1).

Description des procédés

■ Irrigation transanale : procédure qui permet de vider l'intestin en introduisant de l'eau au moyen d'un cathéter rectal (Coloplast, 2013) (Figure 2).

Figure 1 Méthodologie de l'étude



- Soins intestinaux traditionnels : selon le niveau de lésion, utilisation de suppositoires, stimulation rectale à une fréquence de trois ou quatre fois par semaine, curage rectal quotidien combiné à la médication par voie orale.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les participants ont été sélectionnés parmi la clientèle admise au programme des myélopathies du CIUSSS de la Capitale-Nationale (site IRDPQ) pour une réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), et ayant subi une lésion de la moelle épinière, complète ou non (selon la norme ASIA-American Spinal Injury Association – qui est un critère d'évaluation du degré de complétude d'une lésion médullaire à la moelle épinière).

Ils devaient satisfaire aux critères d'inclusion suivants :

- Présenter un intestin neurogène
- Avoir passé la période de choc spinal
- Avoir subi une vidange complète de l'intestin
- Nécessiter plus de 30 minutes pour leurs soins intestinaux

La présence d'une plaie de pression au sacrum de grade 2 ou plus à l'échelle de Braden et des difficultés de compréhension de la part du patient constituaient des critères d'exclusion.

Un certificat émis par le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale (site IRDPQ) a permis de procéder au recrutement des participants. Cinq personnes ont été incluses dans l'étude.

Résultats

De ces cinq participants inclus au départ, deux ont complété les douze semaines de traitement à l'aide de la méthode d'irrigation transanale (**Tableau 1**). Pour ces deux participants, cette nouvelle méthode s'est avérée efficace et satisfaisante.

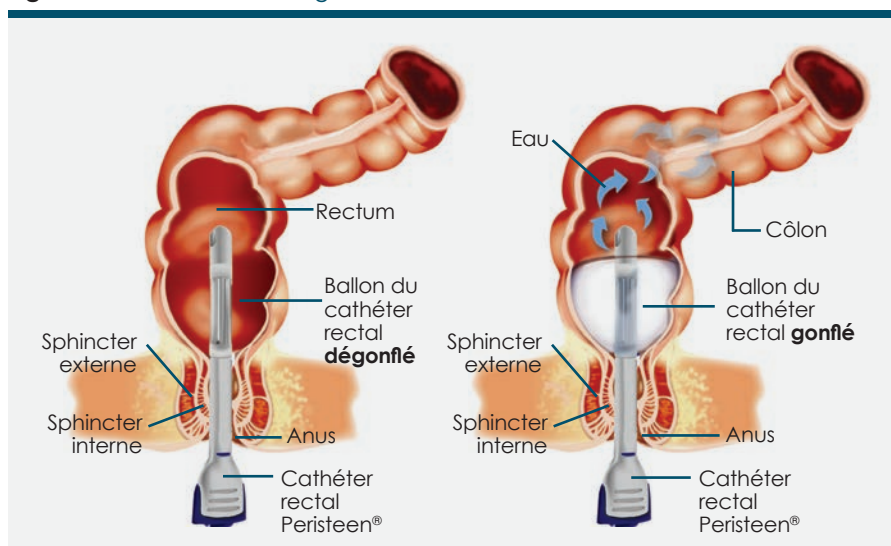
Des difficultés d'autonomie chez les trois autres participants ont fait en sorte qu'ils n'ont pas pu terminer l'étude. Pour deux d'entre eux, l'irrigation transanale s'est révélée moins efficace que les soins traditionnels en ce qui a trait à l'élimination intestinale.

Pour l'ensemble des participants, la quantité de selles produites était variable, mais elle ne différait pas d'une méthode à l'autre. Toutefois, la consistance des selles a été rapportée plus liquide lorsqu'on utilisait l'irrigation transanale.

L'irrigation transanale : procédure

L'irrigation transanale est une procédure qui permet de vider l'intestin et qui offre une alternative aux méthodes telles que les laxatifs, les suppositoires ainsi qu'à l'évacuation ou à la stimulation manuelle. L'irrigation transanale prévient à la fois la

Figure 2 Procédure de l'irrigation transanale



Source : Coloplast, 2013 (reproduction autorisée).

constipation et l'incontinence fécale, tout en réduisant le temps passé aux toilettes. L'irrigation transanale doit être effectuée uniquement sous les directives d'un médecin ou d'une infirmière.

L'irrigation transanale est effectuée en introduisant de l'eau courante tiède dans le rectum au moyen d'un cathéter rectal, tout en étant assis sur la toilette (**Figure 3**). L'eau remplit le gros intestin et provoque le déplacement des matières fécales vers le côlon. Après avoir introduit une quantité appropriée d'eau dans l'intestin, l'eau et les selles sont évacuées dans la toilette.

L'irrigation transanale nettoie la portion descendante du côlon de façon efficace, empêchant ainsi l'incontinence fécale. De plus, l'insertion de l'eau provoque un mouvement de masse qui prévient la constipation. Elle réduit également l'incidence d'épisodes d'incontinence fécale entre les séances d'irrigation et diminue le temps consacré à la prise en charge de l'intestin.

Avantages

Nous avons constaté que la méthode d'irrigation transanale avait diminué la fréquence des soins intestinaux. Ceux-ci pouvaient avoir lieu deux ou trois fois par semaine, alors que des curages rectaux (soins traditionnels) devaient être faits tous les jours chez les participants ayant des lésions basses. La durée des soins intestinaux a également été écourtée d'une quinzaine de minutes chez les participants qui ont reçu l'irrigation transanale (comparativement à la moyenne de 45 à 60 minutes pour les soins traditionnels).

Les participants, pour leur part, étaient d'avis que ce procédé permettait des manipulations plus propres. Ils ont noté une moins grande fréquence de soins et une diminution des épisodes d'incontinence fécale. De plus, un des participants a évoqué une plus grande facilité à planifier son horaire et à faire des activités lorsqu'il utilisait l'irrigation transanale plutôt que les soins intestinaux traditionnels.

Figure 3 Appareillage pour irrigation transanale



Source : Coloplast, 2013 (reproduction autorisée).

Inconvénients

Les participants ont mentionné que la méthode d'irrigation transanale requérait davantage de manipulations, ce qui exigeait une certaine dextérité et une certaine force de la part de l'utilisateur. Un participant a souligné qu'il devait maintenir un certain équilibre en position assise. L'aménagement de la toilette devait aussi comporter un espace assez grand pour l'appareillage. Enfin, le coût élevé de l'appareillage représentait un obstacle non négligeable en ce qui a trait à l'accessibilité de l'irrigation transanale.

Discussion

Cette recherche a permis d'identifier certains avantages et inconvénients de l'irrigation transanale et d'explorer pour quel type de profil clinique de blessés médullaires cette procédure peut représenter une solution innovante en matière de soins intestinaux. Malgré des limites importantes, notamment en ce qui concerne la petite taille de l'échantillon, nous avons pu observer que l'irrigation transanale présente plus d'avantages pour les participants ayant des lésions basses que pour les autres participants. Les incontinences fécales sont moins fréquentes et l'horaire est plus facile à gérer en raison du moins grand nombre de soins hebdomadaires, ce qui corrobore les résultats obtenus par plusieurs chercheurs (Burns et al., 2015a; 2015b; Coloplast, 2013; St-Germain et al., 2017).

Le succès de ce soin semble attribuable à un ensemble de facteurs, dont la sélection méthodique des personnes blessées médullaires, un enseignement rigoureux de la procédure auprès de ces personnes ainsi qu'un suivi soutenu du personnel infirmier expérimenté avec des personnes présentant des intestins neurogènes. La présente étude a cependant mis en lumière le coût élevé de cette procédure, ce qui rend celle-ci difficilement accessible malgré ses avantages et la satisfaction incontestable d'un participant de l'étude.

La compréhension de la perspective unique des personnes blessées médullaires est indispensable si l'on veut leur offrir une approche méthodique et humaine, ainsi qu'un suivi personnalisé pouvant être très hétérogène d'une personne à une autre (Emmanuel, Krogh, Bazzocchi, Leroi, Bremers et al., 2013).

Conclusion

Pour son potentiel prometteur aux plans scientifique, professionnel et social, l'irrigation transanale semble une nouvelle avenue de soins pertinente pour les personnes blessées médullaires. Les avancées scientifiques dans ce domaine doivent toutefois aller de pair avec une réflexion sur l'accessibilité et l'équité sociale envers cette clientèle, compte tenu du coût élevé de l'irrigation transanale, qui n'était pas pris en charge par les régimes public et privé d'assurance maladie durant la période de la présente

Tableau 1 Caractéristiques des participants et observations cliniques

Participants	Durée du procédé (semaines)		Durée soin (minutes)		Position soin		Présence d'incontinence Nombre		Présence de complications		Autonomie		Satisfaction	
	Trad.	IT	Trad.	IT	Trad.	IT	Trad.	IT	Trad.	IT	Trad.	IT	Trad.	IT
A : Femme, 36 ans Tétra C8-D1 ASIA initial : B (intestins réflexes) ASIA final Délai post-lésion : 17 sem.	4	2	45	45	Assise	Assise	Oui 2	Oui 1	Non	Ballonnet expulsé	A	NA ↓ dextérité	Oui	Non
B : Homme, 23 ans Para L1 ASIA initial : A (intestins aréflexes) ASIA final Délai post-lésion : 25 sem.	4	12	40	15	Assise	Assise	Non	Non	Constipation Toujours la sensation d'avoir des selles, devait faire plusieurs curages par jour	Saignements (2 premières semaines)	A	A	Non	Oui
C : Homme, 19 ans Para L3 ASIA initial : B (intestins aréflexes) ASIA final Délai post-lésion : 2 sem.	4	12	couché : 45 assis : 30	40	Couchée x 2 sem. Assis par la suite	Assise	Oui 14	Oui 4 (au début)	Non	Non	A	A	Non	Oui
D : Homme, 47 ans Tétra C5 ASIA initial : A (intestins réflexes) ASIA final non Délai post-lésion : 19 sem.	4	2	60	53	Couchée	Assise	Oui 9	Oui 2 (entre les irrigations)	Non	Selles non expulsées	NA ↓ dextérité	NA ↓ dextérité	Non	Non
E : Femme, 74 ans Para D11 ASIA initial : A (intestins aréflexes) ASIA final Délai post-lésion : 6 sem.	4	5	60	35	Assise	Assise	Oui 16	Non	Non	Saignement Constipation nécessitant traitement	A	NA difficulté séquence méthode	+ou -	Non

Légende : trad. : approche traditionnelle; IT : irrigation transanale; tétra : tétraplégie; para : paraplégie

recherche. En revanche, l'entreprise Coloplast a récemment indiqué (novembre 2017) qu'à ce jour, une certaine ouverture est observée pour l'acceptation du remboursement par des organismes privés comparativement aux organismes publics. Toutefois, des patients assurés par le régime public ont pu bénéficier d'un remboursement des frais lorsqu'ils pouvaient soumettre une démarche de justification signée par leur médecin. Le travail se poursuit en ce sens en partenariat avec les différents acteurs du réseau de la santé. ■

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes blessées médullaires ayant accepté de participer à cette étude; le personnel infirmier du CIUSSS de la Capitale-Nationale; Caroline Dussault, chef d'unité; les ergothérapeutes du Programme des myélopathies; ainsi que les médecins Annie Doucet, Richard Beaupré, Isabelle Côté et Mélanie Boulet. Nous remercions également l'entreprise Coloplast et sa représentante Marie Demers pour avoir gracieusement fourni le matériel pour l'irrigation transanale aux fins de cette recherche.

Cette recherche a été réalisée grâce au soutien financier du Programme de soutien aux cliniciens pour la recherche du CIUSSS de la Capitale-Nationale (Institut de réadaptation en déficience physique de Québec).

Les auteures



Daphney St-Germain est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle est également chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS) du CIUSSS de la Capitale-Nationale, au site de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Elle est également membre d'une nouvelle Faculté de l'Institut canadien pour la sécurité des patients : Knowledge Translation and Implementation Science Expert/Faculté de la transmission des connaissances et de la science de la mise en œuvre.



Julie Genest est infirmière clinicienne en réadaptation physique auprès de la clientèle blessée médullaire du Programme des myélopathies du CIUSSS de la Capitale-Nationale (site IRDPQ).



Gina Therrien est infirmière assistante du supérieur immédiat en réadaptation physique auprès de la clientèle blessée médullaire du Programme des myélopathies du CIUSSS de la Capitale-Nationale (site IRDPQ).



Mélanie Couture est agente de planification, programmation et recherche à la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires au CIUSSS de la Capitale-Nationale (site IRDPQ).

Références

- Burns, A. S., St-Germain, D., Connolly, M., Delparte, J. J., Guindon, A., Hitzig, S. L. et Craven, B. C. (2015a). Phenomenological study of neurogenic bowel from the perspective of individuals living with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 49-55. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2014.07.417>
- Burns, A. S., St-Germain, D., Connolly, M., Delparte, J. J., Guindon, A., Hitzig, S. L. et Craven, B. C. (2015b). Neurogenic bowel after spinal cord injury from the perspective of support providers: A phenomenological study. *Physical Medicine and Rehabilitation Journal*, 7(4), 407-416. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.09.020>
- Christensen, P., Bazzocchi, G., Coggrave, M., Abel, R., Hultling, C., Krogh, K., ... Laurberg, S. (2006). A randomized, controlled trial of transanal irrigation versus conservative bowel management in spinal cord-injured patients. *Gastroenterology*, 131(3), 738-747. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2006.06.004>

- Christensen, P., Bazzocchi, G., Coggrave, M., Abel, R., Hultling, C., Krogh, K., ... Laurberg, S. (2008). Outcome of transanal irrigation for bowel dysfunction in patients with spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31(5), 560-567.
- Coggrave, M. (2007). Transanal irrigation for bowel management. *Nursing Times*, 103(26), 47, 49.

Coloplast. (2013). Prise en charge des troubles colorectaux – Livret utilisateurs. Votre guide pour l'utilisation de Peristeen®. Repéré à https://www.coloplast.ca/Global/France/Documents/Continence/Peristeen_booklet.pdf

- Del Popolo, G., Mosiello, G., Pilati, C., Lamartina, M., Battagliolo, F., Buffa, P., ... De Gennaro, M. (2008). Treatment of neurogenic bowel dysfunction using transanal irrigation: A multicenter Italian study. *Spinal Cord*, 46(7), 517-522. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3102167>

Emmanuel, A. (2010). Review of the efficacy and safety of transanal irrigation for neurogenic bowel dysfunction. *Spinal Cord*, 48(9), 664-673. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2010.5>

Emmanuel, A. V., Krogh, K., Bazzocchi, G., Leroi, A. M., Bremers, A., Leder, D., ... Christensen, P. (2013). Consensus review of best practice of transanal irrigation in adults. *Spinal Cord*, 51(10), 732-738. Repéré à <http://dx.doi.org/doi:10.1038/sc.2013.86>

Finnerup, N. B., Faaborg, P., Krogh, K. et Jensen, T. S. (2008). Abdominal pain in long-term spinal cord injury. *Spinal Cord*, 46(3), 198-203. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1038/sj.sc.3102097>

Glickman, S. et Kamm, M. A. (1996). Bowel dysfunction in spinal-cord-injury patients. *Lancet*, 347(9016), 1651-1653.

Lynch, A. C., Antony, A., Dobbs, B. R. et Frizelle, F. A. (2001). Bowel dysfunction following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 39(4), 193-203. Repéré à <http://dx.doi.org/doi:10.1038/sj.sc.3101119>

Moelle épinière et motricité Québec. (2016). Qu'est-ce qu'une blessure médullaire? Repéré à <https://www.moelleepiniere.com/items-of-interest/quest-ce-quune-blessure-medullaire/>

Moutquin, J.-M. (2013). Lésions médullaires traumatiques et non-traumatiques : Analyse comparative des caractéristiques et de l'organisation des soins et services de réadaptation au Québec. *ETMIS*, 9(1). Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/ETMIS2013_Vol9_N°1.pdf

St-Germain, D., Connolly, M. et Hitzig, S. L. (2017). L'élimination intestinale chez les blessés médullaires : quand la phénoménologie vient au service d'un problème hautement humain. *L'infirmière clinicienne*, 14(1), 12-23. Repéré à http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/St-Germainetal_2017_InfirmiereClinicienneVol14no1pp12-23.pdf#Article2



Remplacements disponibles de jour, soir et nuit dans toutes les spécialités à travers tout le Québec

1^{er} rang dans l'appel d'offres de Lanaudière, Montréal et Laval / Rang prioritaire dans l'appel d'offres des Laurentides et Montérégie

HORAIRE ADAPTÉ SELON VOS DISPONIBILITÉS

Téléphone : 514 369-2424, poste 225 ou 223

Télécopieur : 514 369-1849

Courriel : info@soinsintermediaire.com

www.soinsintermediaire.com

Des services cliniques en télésanté

Comme infirmières et infirmiers, vous serez de plus en plus appelés à utiliser la télésanté dans le cadre de votre pratique. Pour faire suite à l'article sur le sujet publié dans le numéro de novembre/décembre 2017, nous présentons ici certains services de télésanté disponibles dans le réseau de la santé ainsi que leurs avantages pour les intervenants, les patients et leurs proches.

Par **Annabelle Mathieu**, inf., M. Sc. et **Julie-Alexandra Langué Dubé**, B. Sc., M. Sc.



© CHUM, Production multimédia (reproduction autorisée).

Le service provincial de téléthrombolyse permet aux patients en régions éloignées d'avoir accès à la thrombolyse en temps opportun.

La télésanté permet de prodiguer des soins ou services de santé à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle désigne l'organisation virtuelle des réseaux ou corridors de services, des collaborations professionnelles ou des interventions clinicien-patient à l'aide des TIC rendant accessibles à distance l'enseignement au patient, le coaching clinique, les consultations, l'assistance, la surveillance et le suivi clinique (MSSS, 2016). Il existe plus de 300 services en télésanté au Québec disséminés dans l'ensemble des champs de pratique et domaines de soins (MSSS, 2017).

Les services en télésanté peuvent s'intégrer dans la trajectoire de soins du patient, allant des soins critiques jusqu'aux soins communautaires et même jusqu'au domicile du patient. Ils facilitent également la communication entre les différents milieux de soins. Grâce à la télésanté, les patients peuvent tendre à des soins plus près de leur milieu de vie et avoir accès plus facilement, en temps opportun, à une expertise à distance.

Accès à une expertise en temps opportun

La télésanté facilite l'accès à une expertise clinique. C'est le cas de la téléconsultation, à l'aide de laquelle les intervenants experts peuvent procéder à une consultation à distance avec le patient et l'équipe traitante.

Le **service provincial de téléthrombolyse** est un exemple de téléconsultation. Il est démontré que la thrombolyse (dissolution d'un caillot à l'aide d'un médicament) permet de limiter les effets néfastes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique sur la santé, si elle est effectuée dans les délais requis, soit dans les 4,5 heures suivant l'épisode (Casaubon et Suddes, 2013). Toutefois, la thrombolyse n'est pas offerte dans l'ensemble des centres hospitaliers du Québec.

Le service de téléthrombolyse permet l'accès à distance aux services spécialisés en neurologie à des patients chez qui l'on suspecte un AVC ischémique aigu. Grâce à l'utilisation d'une caméra (visioconférence), le neurologue du site expert peut, en ayant accès à des données cliniques et en collaboration avec l'équipe d'urgence de l'établissement, effectuer son évaluation et poser ses recommandations concernant le meilleur plan de traitement pour le patient¹. Sans ce service, plusieurs patients situés en régions éloignées n'auraient pas accès à la thrombolyse dans les délais requis.

Accès aux connaissances pour des soins adaptés

En plus du partage d'expertise, la télésanté rend possible le transfert de connaissances entre intervenants. Ces échanges à distance peuvent se faire en interdisciplinarité, ce qui permet d'utiliser les compétences de chaque intervenant afin d'assurer le suivi optimal du patient.

C'est le cas du **service de réimplantation de la main** où, en raison du faible volume régional, certains établissements n'ont pas d'expérience, sinon que très peu, dans la réadaptation de clientèle victime d'une amputation traumatique ayant nécessité une réimplantation microchirurgicale. Dans ce contexte, la télésanté est un levier pour offrir soutien et coaching aux équipes locales. En effet, après le congé d'un patient du centre hospitalier expert, les médecins et les ergothérapeutes spécialisés soutiennent à distance les intervenants responsables de la réadaptation du patient à l'aide d'une technologie audiovisuelle².

Le service de **téléassistance en soins de plaies**, quant à lui, se décline sous la forme de cliniques virtuelles où des infirmières soignantes vont chercher l'expertise d'infirmières formées et expérimentées en soins de plaies complexes. Par le biais d'une technologie audiovisuelle, l'infirmière experte est en mesure de questionner le patient et de voir la plaie à distance. Il est donc possible pour l'infirmière experte de conseiller et d'assister sa collègue sur la révision du plan de traitement ou lors de certains soins (Gagnon, Breton, Courcy, Quirion, Côté et Paré, 2014). Cette consultation rend possible le partage de connaissances et de compétences entre l'infirmière experte et l'infirmière soignante. Ce service repose sur l'expertise des infirmières et sur la collaboration intraprofessionnelle.

Ces deux services sont des exemples où, grâce à l'échange des connaissances, le patient peut recevoir des soins davantage adaptés à sa condition de santé.

Accès à un service dans le milieu de vie du patient

Par l'utilisation de TIC à partir du domicile du patient, la télésanté facilite l'engagement du patient et consolide son rôle de partenaire, ce qui est un important facteur de succès pour l'atteinte des cibles cliniques. En effet, pour le patient, les TIC qui lui permettent d'échanger avec son intervenant à

partir de son domicile lui offrent une flexibilité accrue et, par le fait même, l'encouragent à prendre en charge sa condition. De son côté, l'intervenant peut avoir accès à des données sur l'état de son patient, qui n'étaient pas accessibles auparavant.

Les **télésoins à domicile** sont un exemple de service clinique en télésanté offert à domicile. Ils visent une clientèle généralement atteinte d'une maladie chronique (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque, HTA) ou de diabète de grossesse. Concrètement, le patient utilise un ordinateur ou une tablette avec une connexion Internet pour entrer quotidiennement des informations sur son état de santé dans une application sécurisée. Il répond à des questions préétablies par des cliniciens concernant ses symptômes, ses paramètres vitaux et respiratoires, sa glycémie, ses inquiétudes, etc. Le patient a également accès à du contenu éducatif multimédia sur sa condition. Il peut suivre l'évolution de son état de santé et communiquer avec son infirmière ou son inhalothérapeute par messagerie sécurisée.

Grâce à cette modalité de suivi, les patients (et leurs proches) se sentent mieux renseignés et plus en confiance afin de gérer les répercussions physiques et émotionnelles de leur condition. Pour les intervenants, l'accès rapide aux données quotidiennes des patients et l'analyse de ces données en vue de porter un jugement clinique sur la situation de santé du patient et son évolution favorise le suivi, la prévention, la collaboration interprofessionnelle et la prise de décision clinique (Jbabdi, Houliort et Leduc, 2016).

En résumé, les services déployés en télésanté permettent l'utilisation optimale des compétences des intervenants impliqués, encouragent le travail en interdisciplinarité, améliorent l'accès à des soins et des services malgré la distance et facilitent le partage d'expertise entre professionnels. Il faut ajouter qu'ils contribuent aussi à bonifier le soutien et l'accompagnement au patient dans l'autogestion de sa maladie en vue finalement d'optimiser les suivis.

L'organisation de la télésanté au Québec

Chaque établissement a désigné un pilote clinique et technologique responsable de chapeauter les activités de télésanté dans ses propres points de service. De plus, quatre centres de coordination de la télésanté (CCT) affiliés à des centres hospitaliers universitaires sont responsables du développement, du déploiement et de la promotion des services de télésanté au Québec. Ce partenariat permet d'élaborer de nouveaux processus cliniques répondant aux besoins des cliniciens et des patients par le biais de TIC.

L'introduction d'un service en télésanté amène souvent une réorganisation des processus de soins afin qu'il fasse partie de l'offre de services cliniques au lieu d'être un projet en silo. Le développement de services en télésanté doit donc se faire de concert avec les intervenants cliniques. En tant qu'infirmières, vous êtes des acteurs importants et votre implication est nécessaire au bon développement de services en télésanté dans votre établissement. ■

Pour connaître le Centre de coordination de la télésanté desservant votre établissement de santé, vous référer à l'article « Qu'est-ce que la télésanté? », des mêmes auteurs, publié dans le numéro de novembre/décembre 2017 de Perspective infirmière.

1. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Centre hospitalier de Québec-Université Laval agissent comme sites experts en téléthrombose pour le Québec.
2. Le Centre d'expertise pour les victimes d'une amputation nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence (CEVARMU) du CHUM.

Les auteures



Annabelle Mathieu est infirmière et conseillère clinique en télésanté au Centre de coordination de la télésanté du CHUM.



Julie-Alexandra Langué Dubé est chargée de projet – Évaluation et performance en télésanté au Centre de coordination de la télésanté du CHUM.

Références

- Casabon, L. K. et Suddes, M. (2013). Chapitre 3 : Soins de l'AVC en phase hyperaiguë. Dans M. P. Lindsay, G. Gubitz, M. Bayley et S. Phillips (dir.), *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, (p. 1-79). Montréal : Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Repéré à http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2013/10/Ch3_SBP2013_Hyper-Acute-21MAY2013_FR_FINAL4.pdf
- Gagnon, M. P., Breton, E., Courcy, F., Quirion, S., Côté, J. et Paré, G. (2014). The influence of a wound care teleassistance service on nursing practice: A case study in Quebec. *Telemedicine Journal and E-Health*, 20(6), 593-600. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038993/pdf/tmj.2013.0287.pdf>
- Jbabdi, M., Houliort, N. et Leduc, C. (2016). Évaluation de service. Rapport préliminaire. Service de télésoins à domicile pour la clientèle MPOC. Repéré à http://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/publication/rapports/TSD-MPOC_Rapport_preliminaire_2016-06-06.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2016). *Cadre de référence – Gouvernance, gestion de projets et de services utilisant la télésanté au Québec*. Repéré à <http://extranet.fi.msss.rts.qc.ca/getdoc/29add19d-ec62-4f83-83e1-aefb3abc0b75/Cadre-de-reference.aspx>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2017). *Infolettre ministérielle télésanté – Édition de septembre 2017*. Repéré à <http://extranet.fi.msss.rts.qc.ca/Orientations-et-gouvernance/Telesante/Repertoire-des-activites/Activites-cliniques.aspx>



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

Formation professionnelle en soins podologiques

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

Formation de 160 heures

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

Programme intensif

Du lundi 23 avril au vendredi 18 mai 2018, de 8 h à 17 h

Programme régulier

Les mardis et jeudis en alternance, plus trois fins de semaine, du 9 janvier au 17 avril 2018, de 8 h à 17 h

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





16 UEC

PAVILLON BÉLANGER
767, rue Bélanger, Montréal
 Jean-Talon

Faible dose de sucre pour atténuer la douleur des nouveau-nés

Les données probantes s'accumulent depuis plus de 20 ans : une petite dose de sucre calme la douleur chez les nouveau-nés qui subissent de courtes interventions douloureuses. L'administration de diverses solutions sucrées aux nouveau-nés avant de prodiguer certains soins est d'ailleurs l'un des moyens les plus étudiés en vue de réduire la douleur aiguë, explique la D^{re} Denise Harrison, chercheuse responsable de la Chaire en soins infirmiers pour enfants, jeunes et familles, au Children's Hospital of Eastern Ontario et professeure en soins infirmiers à l'Université d'Ottawa.

Dans le cadre d'une méta-analyse, la D^{re} Harrison et son équipe de chercheurs ont passé au crible 168 études sur le sujet, dont la plupart étaient contrôlées par placebo. La conclusion ne laisse pas de doute : le sucrose et le fructose réduisent de façon statistiquement significative la douleur chez les nouveau-nés durant les interventions habituelles génératrices de douleur, comme les injections, les ponctions veineuses et l'examen des yeux. Les bébés pleurent moins longtemps, 30 secondes de moins en moyenne, que ceux du groupe placebo (Harrison, Larocque, Bueno, Stokes, Turner et al., 2017). Le goût sucré déclencherait une action analgésique semblable à celle des opioïdes, mais son mécanisme d'action exact reste encore inconnu.



D^{re} Denise Harrison

Chercheuse responsable de la Chaire en soins infirmiers pour enfants, jeunes et familles, au Children's Hospital of Eastern Ontario, et professeure en soins infirmiers à l'Université d'Ottawa

« Il ne faut que de très petites doses. Une goutte suffit, soit 0,1 ou 0,2 mL. Une dose plus élevée ne sera pas plus efficace. Si le bébé commence à pleurer, une autre petite goutte est donnée, jusqu'à ce que l'intervention soit finie. »

Selon les chercheurs, il était manifeste dès les toutes premières études que les solutions sucrées réduisent les pleurs et la douleur chez les nouveau-nés plus efficacement qu'un placebo ou que si l'on n'administre aucun traitement. De nombreuses études ont confirmé ce résultat par la suite. Les chercheurs affirment par conséquent qu'il n'est plus éthiquement souhaitable de poursuivre la recherche sur ce sujet en utilisant des groupes placebo ou des groupes de patients ne recevant pas de traitement.

Ils suggèrent aux soignants de soulager la douleur chez les nouveau-nés en s'appuyant sur les données probantes disponibles, même s'il reste beaucoup à apprendre à propos de la douleur chez les nouveau-nés et des façons de l'atténuer. Ils estiment que recourir aux méthodes reconnues pour soulager la douleur des nouveau-nés lors d'interventions douloureuses devrait constituer une priorité clinique.

Posologie

Certaines pharmacies d'hôpitaux préparent la solution sucrée en mélangeant du sirop de sucrose à de l'eau stérile. La préparation doit contenir 20 % ou plus de glucose ou de sucrose.

« Il ne faut que de très petites doses, a-t-elle expliqué lors d'un échange par courriel. Une goutte suffit, soit 0,1 ou 0,2 mL. Une dose plus élevée ne sera pas plus efficace. Si le bébé commence à pleurer, une autre petite goutte est donnée, jusqu'à ce que l'intervention soit finie. »

Elle ajoute que la solution sucrée n'est pas indiquée pour calmer un bébé qui pleure. « Elle n'est recommandée que pour la gestion à très court terme de la douleur aiguë, par exemple lors d'un prélèvement sanguin ou de l'administration d'un vaccin », précise-t-elle.

Les travaux de recherche de la D^{re} Harrison, dont un projet pilote sur des enfants de quatre ans, ont permis de conclure que la gestion de la douleur à l'aide de solutions sucrées n'est efficace qu'auprès des bébés de moins d'un an. Aucune donnée ne soutient l'utilisation du sucre chez les bambins plus âgés. **— Guy Sabourin**

Référence

Harrison, D., Larocque, C., Bueno, M., Stokes, Y., Turner, L., Hutton, B. et Stevens, B. (2017). Sweet solutions to reduce procedural pain in neonates: A meta-analysis. *Pediatrics*, 139(1). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-0955>



Formation à distance

Programmes pour les infirmier(ère)s

- Baccalauréat en sciences infirmières (B.sc inf)
- Certificat en gérontologie
- Certificat en soins continus

Date limite pour l'admission de septembre : 30 juin

Le programme est offert en anglais seulement.

Le programme post-RN BScN a reçu en 2013 une accréditation de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)



Numéro sans frais : 1-800-565-4371

Courriel : distance.nursing@stfx.ca

Télécopieur : 1-902-867-5154

http://sites.stfx.ca/continuingeducation/distance_nursing

Éluxadoline (Viberzi)

Nouveau traitement du syndrome du côlon irritable avec diarrhée

Santé Canada a approuvé l'utilisation du premier produit d'une nouvelle classe de médicaments indiquée pour le traitement du syndrome du côlon irritable avec diarrhée (SCI-D) chez l'adulte, une maladie pour laquelle il existe très peu d'options thérapeutiques. L'éluxadoline (Viberzi), commercialisée par Allergan, atténue la diarrhée et les douleurs abdominales.

Le syndrome du côlon irritable se caractérise par des malaises ou des sensations douloureuses au ventre. On distingue trois catégories : syndrome avec douleur et diarrhée (SCI-D); syndrome avec douleur et constipation; syndrome avec douleur, diarrhée et constipation.

Les personnes atteintes de SCI-D sont incommodées par des épisodes fréquents de diarrhée pressante, de ballonnements, de crampes et de douleurs abdominales. Elles peuvent soulager leurs symptômes à l'aide de médicaments de vente libre comme la loperamide (Imodium), mais il est alors possible que la douleur abdominale augmente. Dans le cadre de deux études de phase III menées auprès de 2 425 adultes du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni, l'éluxadoline a entraîné une atténuation de la douleur abdominale et de la diarrhée en une à quatre semaines suivant le début de la prise du médicament. Le soulagement des symptômes s'est prolongé tout au long de ces études, d'une durée de 26 semaines et de 52 semaines respectivement (Lembo et al., 2016).

Les principaux critères sur lesquels se sont basés les chercheurs afin d'évaluer l'efficacité du produit étaient une amélioration de la douleur abdominale et de la consistance des selles durant la même journée, pendant au moins 50 % des journées de l'étude. « Dans les essais cliniques, Viberzi a permis d'améliorer la consistance des selles de manière plus manifeste qu'il a permis d'atténuer la douleur abdominale », précise toutefois le fabricant dans la monographie du produit (Allergan, 2017).

L'éluxadoline fait partie de la nouvelle classe des agonistes des récepteurs des opiacés μ /antagonistes des récepteurs

Tableau 1 Contre-indications

- Obstruction connue ou soupçonnée des canaux biliaires, ou maladie ou dysfonction du sphincter d'Oddi
- Absence de vésicule biliaire
- Alcoolisme ou consommation d'alcool excessive
- Antécédents de pancréatite, maladies structurales du pancréas ou obstruction connue ou soupçonnée du canal pancréatique
- Insuffisance hépatique grave
- Antécédents de constipation chronique ou grave
- Prise concomitante d'inhibiteurs puissants de l'OATP1B1 (p. ex. : cyclosporine)

des opiacés δ , qui agit sur les récepteurs locaux dans le tractus gastro-intestinal.

Effets indésirables

L'éluxadoline étant un opiacé, il peut créer une dépendance psychologique ou une toxicomanie. Le médicament peut aussi induire de la somnolence, des étourdissements et de la constipation. Le médicament est contre-indiqué chez les personnes présentant les situations énumérées au **Tableau 1**.

Posologie et coût

La dose recommandée est de 100 mg deux fois par jour po, à prendre avec de la nourriture. Chez les patients qui ne tolèrent pas la dose de 100 mg, on optera pour celle de 75 mg deux fois par jour. Le médicament est vendu 2,21 \$ le comprimé, auxquels s'ajoutent les honoraires du pharmacien. ■ **G.S.**

Référence

Allergan. [26 janv. 2017]. Monographie de produit. Viberzi, éluxadoline [Communiqué de presse]. Repéré à <https://allergan-web-cdn-prod.azureedge.net/allergan-canada-specialty/allergan-canada-specialty/media/actavis-canada-specialty/fr/products/pms/2017-01-26-viberzi-pm-french.pdf>

Lembo, A. J., Lacy, B. E., Zuckerman, M. J., Schey, R., Dove, L. S., Andrae, D. A., ... Covington, P. S. (2016). Eluxadoline for irritable bowel syndrome with diarrhea. *The New England Journal of Medicine*, 374(3), 242-253. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1505180>

BILLETS SKIMAX

72\$*

/billet

- BILLETS transférables
- Valables en tout temps jusqu'au 8 décembre 2018

Visitez la section Avantages aux membres sur **oiiq.org** pour tous les détails.



Chronique financière :

CHAUFFAGE ET ÉCLAIRAGE : PEUT-ON RÉDUIRE LES COÛTS ?

Au Canada, hiver rime avec paysages enneigés, sports de saison et... facture d'électricité salée ! Et s'il était possible d'apporter des modifications à sa maison ou de planifier la construction de sa prochaine demeure pour réduire sa consommation ? Petites astuces ou grands travaux, voici comment rendre votre maison plus écoresponsable, gagner en confort et faire des économies de chauffage et d'éclairage !

Adopter des habitudes écoresponsables

« La priorité quand on veut réduire sa facture énergétique, c'est de s'assurer que l'isolation de sa maison est bonne et de remplacer ses installations énergivores, explique Martin Lambert, président fondateur d'Écosolaris. Ça coûte toujours moins cher d'investir dans la conservation plutôt que dans la production d'énergie. » Sur le banc des accusés, les ampoules à incandescence, qui peuvent être remplacées par un éclairage à DEL et les vieux électroménagers, pour lesquels il est recommandé de privilégier des appareils certifiés Energy Star. En effet, les produits arborant cette certification répondent à de strictes spécifications techniques relatives au rendement énergétique et ont fait l'objet d'essais avant d'être certifiés.

« Les systèmes de contrôle offrent aussi une bonne façon de faire des économies, ajoute Brian Wilkinson, président d'Energie Matrix inc. Un thermostat intelligent qui se contrôle à distance pourrait vous faire économiser jusqu'à 20 % de votre facture d'électricité ! »

Enfin l'entretien régulier du système de chauffage est un élément à ne pas négliger, au risque de devoir remplacer ses installations prématurément. « Un chauffage mal entretenu casse plus vite et coûte plus cher, car s'il est encrassé, il consomme plus d'énergie », prévient Louis-Philippe Lambert, technicien et propriétaire de Thermosphère. Il préconise de faire contrôler sa fournaise chaque année, d'en remplacer le filtre chaque saison et de dépoussiérer ses calorifères régulièrement.

Se tourner vers des installations durables

Divers produits et solutions misant sur les énergies renouvelables peuvent aussi faire diminuer la facture d'électricité de votre maison, que vous possédiez un système de chauffage au gaz, à l'électricité ou au mazout.

« L'appareil le moins cher qu'on peut installer est un écodrain, dit Martin Lambert. Cela coûte entre 600 \$ et 900 \$ et permet de réaliser des économies considérables en récupérant la chaleur des eaux grises (eaux faiblement polluées, comme l'eau d'évacuation d'une douche ou d'un lavabo) pour chauffer, à travers un tuyau de cuivre, l'eau froide qui s'apprête à entrer dans le réservoir d'eau chaude. »

Pour ceux qui souhaitent investir davantage, un chauffe-air thermique coûte environ 2 000 \$ et permet de réduire sa facture de chauffage jusqu'à 25 % en diffusant la chaleur qu'il récupère via un panneau solaire. Sur le même principe, un chauffe-eau thermique coûte entre 6 000 \$ et 8 000 \$ et assure le chauffage de 40 % à 60 % de l'eau d'un foyer.

« Sans oublier les populaires panneaux photovoltaïques, ajoute Martin Lambert, qui peuvent combler jusqu'à 60 % de vos besoins en électricité et dont le coût est rentabilisé en une dizaine d'années. » Ce type d'installations dont la durée de vie est d'environ 25 ans coûte 8 000 \$ pour les besoins d'un foyer moyen de 4 personnes. On peut l'associer à une batterie qui stocke l'énergie produite pour la combiner au réseau électrique principal.

Les propriétaires d'une maison en construction peuvent en profiter pour insérer des câblages spéciaux dans les murs pour faciliter, par la suite, la pose d'installations solaires. Cette anticipation dite « prête au solaire » coûte entre 2 000 \$ et 3 000 \$. Un départ à neuf est aussi l'occasion de faire poser un plancher radiant, composé de circuits d'eau chaude qui vont réchauffer l'espace. « Sans oublier l'orientation ! rappelle Brian Wilkinson. Une maison écoresponsable doit être orientée vers le sud, dans un angle qui lui permet de capter la chaleur du soleil en hiver, mais de rester fraîche en été. »

Choisir sa source d'énergie

Au Canada, 50 % des foyers se chauffent au gaz, 39 % à l'électricité, 7 % au mazout, 6 % au bois et 1 % au propane. Cette répartition s'explique par le coût des énergies qui varie d'une province à une autre. Si le gaz vaut moins cher que l'électricité en Alberta, en Ontario, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, c'est l'inverse au Québec, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador. « Le chauffage au mazout est peu populaire en raison de son coût, son impact environnemental et son efficacité moyenne, explique Louis Lambert. Quant au chauffage au bois, il reste marginal, car insuffisant pour chauffer uniformément la plupart des foyers. »

En moyenne au pays, le coût du chauffage résidentiel de l'eau et de l'espace coûterait : 1 239 \$ pour un système au gaz, 2 221 \$ avec une pompe à chaleur électrique, 3 029 \$ au propane, 3 573 \$ au mazout et 3 639 \$ au tout électrique. Ce comparatif de l'Association canadienne du gaz ne tient pas compte des disparités de prix entre chaque province, mais confirme une tendance nationale pour les systèmes de thermopompe. « Au gaz ou à l'électricité, les pompes à chaleur ont définitivement la cote, tant pour leur performance que pour leur aspect économique » conclut Louis Lambert.

En somme, que vous soyez soucieux de l'environnement ou simplement désireux de réduire votre facture d'électricité, de nombreuses solutions sont disponibles pour petits et grands budgets !

Pour alléger votre budget, la Banque Nationale a conçu un programme financier exclusivement pour vous.

Pour connaître les avantages reliés aux programmes financiers spécialement adaptés pour les infirmiers et infirmières de la Banque Nationale, visitez le bnc.ca/infirmier.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées[™]

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

[™] RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.

À propos des études aux cycles supérieurs en sciences infirmières

Par **Andréane Lavallée**, inf., Ph. D. (c.), **Jérôme Leclerc-Loiselle**, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Gwenaëlle De Clifford-Faugère**, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Caroline Larue**, inf., Ph. D., et **Marilyn Aïta**, inf., Ph. D.

« La discipline infirmière est à la fois professionnelle (lien étroit avec la pratique clinique) et scientifique (élaboration de savoirs pour la pratique) » (Pepin, Larue, Allard et Ha, 2015). La pratique infirmière étant complexe et variée, l'avancement de la discipline requiert l'approfondissement d'une variété de savoirs et de connaissances en constante évolution, déployés dans les programmes de formation aux cycles supérieurs en sciences infirmières. Les infirmières qui effectuent ces études acquièrent des compétences en pratique avancée qui vont contribuer à la progression de la discipline et donc à l'amélioration de la pratique clinique. Toutefois, le processus de développement des savoirs et leur mise en application sont parfois peu compris ou remis en question par les infirmières (Risjord, 2010). Saurez-vous discerner le vrai du faux?

1. Poursuivre des études à la maîtrise me permettra de proposer des solutions à des problématiques qui émergent de mon milieu clinique.

Vrai. Une problématique vécue dans un milieu clinique est une excellente motivation pour poursuivre des études de maîtrise en sciences infirmières. L'étudiante peut se diriger vers différentes modalités, comme un stage, pour apporter une solution concrète dans son milieu clinique, ou un mémoire (projet de recherche) afin de répondre à une question à laquelle on n'a encore jamais répondu. D'autres modalités telles qu'un travail conceptuel sont envisageables afin de répondre aux besoins identifiés.

2. L'expérience clinique est nécessaire pour effectuer des études au deuxième cycle (excluant la formation IPS).

Faux. Quoique aidante pour ce qui est de circonscrire le champ d'intérêt de l'étudiante, la poursuite d'études au deuxième cycle ne requiert pas d'expérience en milieu clinique. Au contraire, des études ont noté une relation inverse entre l'expérience clinique et la réussite académique (Burns, 2011; Locke, 2014), ce qui suggère qu'un parcours continu du baccalauréat aux cycles supérieurs favorise la réussite académique.

3. Une infirmière qui détient un diplôme de deuxième cycle n'effectue plus de pratique clinique directe.

Faux. Intégrer la pratique clinique directe au quotidien peut être un défi pour les infirmières en pratique avancée. Toutefois, celle-ci est essentielle pour cibler les besoins d'apprentissage des infirmières, évaluer la qualité et la sécurité des soins (AIRC, 2008), effectuer la gestion de cas complexes, soutenir les équipes cliniques et mettre en place des mesures pour favoriser le changement et l'innovation (Chan et Cartwright, 2014).

4. Les études aux cycles supérieurs ne sont pas exclusivement orientées vers la recherche.

Vrai. Il est exact que les études aux cycles supérieurs aident les étudiants à acquérir des compétences en recherche, mais elles englobent de nombreuses autres dimensions telles que l'éthique, la gestion de projet, les soins et les interventions auprès des familles et des communautés, la pratique réflexive, la qualité des soins, le transfert de connaissances, l'éducation à la santé et bien d'autres.

5. Au doctorat en sciences infirmières, on vise à former uniquement des professeurs de carrière.

Faux. Bien que le doctorat en sciences infirmières vise à former des professeurs en sciences infirmières, ce programme cible avant tout le développement de compétences liées à la recherche, au leadership et à la réflexion disciplinaire, ce qui permet de former des infirmières de carrière dans des domaines variés tels que la recherche, l'enseignement, l'administration ou même la pratique clinique.

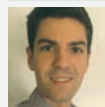
6. Les infirmières qui font des études supérieures sont dans une tour d'ivoire, détachées des réalités vécues par les infirmières en milieu clinique.

Faux. Les sciences infirmières se développent pour contribuer à l'exercice de la profession. Faire des études à la maîtrise, c'est décider de prendre un temps d'arrêt et de réflexion dans un domaine précis pour y revenir avec un approfondissement des savoirs. Il s'agit d'une autre facette de la profession et chaque infirmière apporte son expertise clinique ou scientifique au profit de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Soyons fières de toutes les réalisations infirmières et de la diversité des rôles!

Les auteurs



Andréane Lavallée est infirmière clinicienne en néonatalogie et candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle s'intéresse à la promotion de la sensibilité parentale de parents de nouveau-nés prématurés et à l'optimisation du développement neurologique des prématurés.



Jérôme Leclerc-Loiselle est infirmier clinicien au soutien à domicile. Il est étudiant au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et s'intéresse à la pratique de soins palliatifs des infirmières œuvrant en communauté et à la place qu'elles accordent à la promotion de la santé dans leur pratique.



Gwenaëlle De Clifford-Faugère est infirmière puéricultrice française. Elle est étudiante au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Son projet de thèse porte sur le soulagement de la douleur des nouveau-nés prématurés.



Caroline Larue est professeure titulaire et vice-doyenne aux cycles supérieurs à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheure affiliée aux Centres de recherche de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISQ) et au Centre d'innovation en formation infirmière.



Marilyn Aïta est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également chercheure au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine et au RRISQ.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Advanced nursing practice – A national framework*. Repéré à : https://cna-aic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.pdf
- Burns, S. M. (2011). Predicting academic progression for student registered nurse anesthetists. *AANA Journal*, 79(3), 193-201.
- Chan, G. K. et Cartwright, C. C. (2014). The clinical nurse specialist (chap. 14). Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy et E. T. O'Grady (dir.). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5^e éd.). St. Louis, MO : Elsevier.
- Locke, T. A. (2014). *Predicting academic success in a graduate nursing program: A pilot study* (Mémoire de maîtrise). Long Beach, CA : California State University, 75 p. Repéré à http://csun-dspace.calstate.edu/bitstream/handle/10211.3/119141/LockeToni_Spring2014.pdf?sequence=1
- Pepin, J., Larue, C., Allard, E. et Ha, L. (31 mai-4 juin 2015). *La discipline infirmière, une contribution décisive aux enjeux de santé*. Communication au 6^e Congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, Montréal.
- Risjord, M. W. (2010). *Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy*. Toronto (ON) : Wiley-Blackwell Pub.

Dépistage des ITSS

Activité réservée à toute infirmière dans le cadre de l'application de la *Loi sur la santé publique*

Vous ne possédez pas d'attestation de prescription et vous vous demandez si vous pouvez continuer de faire le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), comme vous le faisiez avant l'entrée en vigueur du règlement autorisant les infirmières à prescrire (*Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*)? Oui, puisque qu'il s'agit d'une activité réservée qui fait partie du champ d'exercice de l'infirmière.

Dans la foulée de la chronique précédente qui se penchait sur le plan de traitement pour le soin des plaies – une activité qui concerne toutes les infirmières (novembre/décembre 2017) –, nous abordons cette fois le dépistage des ITSS, une activité que toute infirmière peut effectuer, qu'elle soit titulaire ou non d'une attestation de prescription infirmière. Voici pourquoi.

Il s'agit d'une activité réservée aux infirmières

La quatrième activité réservée de l'infirmière est ainsi libellée : « Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* ». Dans le cadre de l'application de cette loi, l'initiation des mesures diagnostiques à des fins de dépistage vise des activités prévues au Programme national de santé publique et qui font l'objet de guides, de

protocoles ou d'autres cadres de référence officiellement approuvés par les autorités de la santé publique.

Conformément au *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017), l'infirmière peut procéder aux tests de dépistage de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de la syphilis, de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH. Elle peut aussi interpréter les résultats des analyses demandées. En présence d'un résultat positif, l'infirmière ne détenant pas d'attestation de prescription adressera le patient à un médecin, à une IPS ou à une infirmière autorisée à prescrire afin qu'il obtienne une ordonnance pour le traitement médicamenteux approprié.

Ce que vient ajouter la prescription infirmière

L'infirmière autorisée à prescrire dans le domaine de la santé publique peut assurer le suivi des personnes asymptomatiques ayant eu un résultat d'analyse positif au dépistage de deux types d'infection, *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*, et de leurs partenaires en prescrivant le traitement médicamenteux requis, selon le protocole national en vigueur (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015). Cette activité vise uniquement les personnes asymptomatiques, car la notion de dépistage sous-entend ce type de clientèle.

À retenir

Le champ d'exercice et les activités réservées de l'infirmière constituent le fondement de la profession infirmière. Par conséquent, « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* » demeure une activité permise aux infirmières détenant les compétences et les connaissances requises. D'autre part, le règlement qui autorise des infirmières à prescrire permet de jouer un plus grand rôle en prévention et en promotion de la santé par la prescription du traitement pour deux ITSS, lesquelles sont en hausse au Québec depuis le début des années 2000. Il permet donc une amélioration de l'accès aux soins et une meilleure continuité des soins à la population du Québec.

Pour communiquer avec le Service de consultation professionnelle : infirmiere-conseil@oiiq.org.

Références

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2015). *Traitement pharmacologique ITSS, infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria gonorrhoeae*. Mise à jour décembre 2015. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_majdec2015.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Guide québécois de dépistage, infections transmissibles sexuellement et par le sang*. Mise à jour juin 2017. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-308-06W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et des infirmiers* (3^e éd.). Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf>



MAISON D'ENTRAIDE ET DE RESSOURCEMENT

POUR PERSONNES PORTANT L'UNIFORME OU L'AYANT PORTÉ

Policiers, paramédics, infirmiers, pompiers, militaires, anciens combattants, clergé, agents de la paix, professionnels de la santé et retraités de ces groupes et les membres de leur famille



La Vigile est en opération de services auprès des personnes en uniformes depuis 2003. La Maison La Vigile offre six programmes de thérapie et est certifiée par le CIUSSS de la Capitale Nationale pour les différentes dépendances et le jeu compulsif.

www.lavigile.qc.ca

LE PROGRAMME DE THÉRAPIE COMPORTE SIX VOLETS:

- 1 Traitement des dépendances** - alcool, drogues, jeu compulsif, cyberdépendances, etc. (Ateliers psychoéducatifs - 30 jours)
- Service de sevrage d'alcool et de drogues sous supervision médicale - 24h / 24h
- 2 Traitement de la dépression** - Adaptation, deuil, épuisement, harcèlement, etc. (Ateliers psychoéducatifs - 30 jours)
- 3 Traitement du post-trauma** - (Ateliers psychoéducatifs - 14 jours)
- 4 Traitement de l'anxiété** - Saine gestion (Ateliers psychoéducatifs - 14 jours)
- 5 Traitement de la colère** - Saine gestion (Ateliers psychoéducatifs - 14 jours)
- 6 Le répit** (Nombre de jours au besoin)

TÉLÉPHONE SANS FRAIS, 24 H / 24 H
Renseignements : 1 888 315-0007 ou M. Jacques Denis Simard
Directeur général – cellulaire : 418 951-6786



Watchiya • Bonjour



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

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages

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

Profil recherché

- Un an d'expérience afin de travailler à l'hôpital
- Trois ans d'expérience (préférentiellement en soins aigus) afin d'oeuvrer dans un de nos dispensaires
- Bilingue : français et anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

*Centre de Miyupimaatisiin (santé)
Communautaire



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



www.santeterrescries.org/carrières



Tirez le meilleur parti de votre adhésion.

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

Vous pourriez économiser gros*
quand vous combinez vos
tarifs préférentiels de membre
et regroupez vos assurances
habitation et auto.

Programme d'assurance habitation
et auto recommandé par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Profitez pleinement de votre adhésion.

En tant que membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur toute une gamme de protections d'assurance habitation et auto personnalisables selon vos besoins.

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

Ayez l'assurance que votre protection habitation et auto répond à vos besoins. Demandez une soumission.

HABITATION | AUTO | VOYAGE

Obtenez une soumission et découvrez combien
vous pourriez économiser!

Composez le **1-866-269-1371**

Ou allez au **tdassurance.com/oiiq**



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Il est distribué par Meloche Monnex Assurance et Services Financiers inc. au Québec, par Meloche Monnex services financiers inc. en Ontario et par Agence Directe TD Assurance Inc. ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12^e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6. En raison des lois provinciales, notre programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan. *À l'échelle nationale, 90 % de nos clients qui font partie d'un groupe de professionnels ou de diplômés avec qui nous avons une entente et qui font assurer leur résidence (sauf les logements loués et les copropriétés) et leur véhicule au 31 octobre 2016 économisent 625 \$ par rapport aux primes qu'ils auraient payées s'ils n'avaient pas obtenu un tarif de groupe préférentiel et un rabais multiproduit. Ces économies ne sont pas garanties et peuvent varier selon le profil du client. Le montant des économies varie d'une province à l'autre et peut être supérieur ou inférieur à 625 \$. L'assurance voyage Solution sans frontières^{MD} est offerte par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances et distribuée dans certaines provinces par Assurance Voyage RSA inc., qui fait affaire en Colombie-Britannique sous le nom d'Agence Assurance Voyage RSA. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. ^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.