

# perspective infirmière

mars / avril / 2014 / vol. 11 / n° 2



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec



## L'examen

Le mal de gorge

Soins de plaies


Le sinus pilonidal

Pratique clinique

L'outil Signes AINÉES

Santé publique

Populations nordiques  
et réchauffement  
climatique



D. Sirois,  
infirmière autorisée

A fait redémarrer  
le cœur de Jean

A mis au monde  
3 paires de jumeaux dans  
un seul quart de travail

A réconforté un  
enfant de 6 ans

# En tant qu'infirmière, votre doigté a beaucoup d'importance.

Si vous êtes atteinte d'une forme grave d'eczéma chronique des mains (ECM) réfractaire aux corticostéroïdes topiques puissants, vous devriez envisager l'emploi de Toctino\*, un traitement à prise orale quotidienne de l'ECM.

- Grande efficacité démontrée pour la normalisation de la peau des mains<sup>1,2</sup>  
À la fin du traitement, 48 % des patients avaient obtenu une « normalisation » (22,0 %) ou une « quasi-normalisation » (25,7 %) de la peau des mains avec Toctino\* à 30 mg vs 17 % dans le groupe placebo (2,9 % et 13,7 %, respectivement) ( $p < 0,001$ )†
- 63 % des patients traités par Toctino\* à 30 mg n'avaient pas connu de rechute après 6 mois<sup>†</sup>
- Généralement bien toléré selon un programme d'essais cliniques rigoureux<sup>1,2</sup>  
9,3 %, 5,3 % et 5,4 % des patients des groupes à 30 mg, à 10 mg et du placebo, respectivement, ont abandonné leur traitement en raison d'EI

Patiente fictive pouvant ne pas être représentative de tous les patients.

## Indications et utilisation clinique :

TOCTINO\* (alitrétinoïne) est indiqué chez l'adulte dans le traitement des formes graves d'eczéma chronique des mains réfractaire aux corticostéroïdes topiques puissants. TOCTINO\* ne doit être prescrit que par des médecins bien informés sur l'utilisation des rétinoïdes à action générale.

## Contre-indications :

- Grossesse pendant le traitement par TOCTINO\* ou moins d'un mois après l'interruption du traitement
- Femmes qui allaitent
- Insuffisance hépatique
- Insuffisance rénale grave
- Hypercholestérolémie ou hypertriglycéridémie non maîtrisée
- Hypothyroïdie non maîtrisée
- Hypervitaminose A
- Troubles héréditaires rares d'intolérance au fructose
- Traitement concomitant par une tétracycline
- Hypersensibilité à l'alitrétinoïne, à d'autres rétinoïdes ou à un des excipients (en particulier en cas d'allergie aux arachides ou au soja)

## Mises en garde et précautions les plus importantes :

- **Prévention de la grossesse :** Agent tératogène connu. Les médecins doivent avoir recours au Programme de prévention de la grossesse de TOCTINO\* lorsqu'ils prescrivent ce médicament aux femmes en âge de procréer.
- **Système nerveux :** Les rétinoïdes à action générale, y compris l'alitrétinoïne, ont été associés à des cas d'hypertension intracrânienne bénigne. Dans certains de ces cas, les rétinoïdes étaient administrés en concomitance avec des tétracyclines.

† Étude à double insu portant sur 1 032 patients répartis au hasard dans un rapport de 2:2:1 en vue de recevoir 30 mg ou 10 mg de Toctino\* ou un placebo pour le traitement de formes graves d'ECM réfractaire aux corticostéroïdes topiques puissants.

‡ La rechute a été définie par un mTSS  $\geq 75$  %, par rapport à l'évaluation originale menée au début du traitement.

**RÉFÉRENCES :** 1. Monographie de TOCTINO\*, GlaxoSmithKline Inc., mars 2013.  
2. TOCTINO\*, données internes, rapport d'étude clinique, juillet 2007.

## Autres mises en garde et précautions importantes :

- Tests de grossesse et contraception chez les femmes en âge de procréer
- Risque d'augmentation des taux plasmatiques de cholestérol et de triglycérides
- Risque de maladie intestinale inflammatoire, notamment d'une iléite régionale
- Risque d'élévations transitoires/réversibles des transaminases hépatiques
- Risque d'altération de la fertilité masculine
- Dons de sang durant le traitement et un mois après la fin du traitement
- Risque pour le système cardiovasculaire/métabolisme des lipides : augmentation des taux plasmatiques de cholestérol et de triglycérides
- Modification des paramètres thyroïdiens
- Troubles de l'appareil locomoteur et du tissu conjonctif
- Risque de sécheresse oculaire et de baisse de la vision nocturne
- Symptômes psychiatriques
- Sensibilité aux rayons UV

## Pour de plus amples renseignements :

Pour de plus amples renseignements sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie, veuillez consulter la monographie de produit à [http://www.toctino.ca/monographie\\_produit.pdf](http://www.toctino.ca/monographie_produit.pdf)

Il est également possible d'obtenir la monographie de produit en nous appelant au 1-866-531-4885.



Toctino\* est une marque déposée du groupe GlaxoSmithKline.  
Actelion Pharmaceutiques Canada inc. Laval (Québec) H7T 2L1  
Tél. : 1-866-531-4885. [www.toctino.ca](http://www.toctino.ca)

# INJECTEZ DU BON SENS À VOS FINANCES

Adhérez au programme financier<sup>1</sup> pour infirmières et infirmiers et profitez d'avantages dont vous n'avez même pas idée.

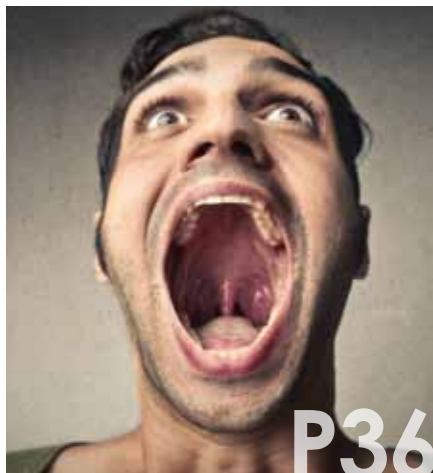
Passez nous voir et vous verrez.

[banquedelasante.ca](http://banquedelasante.ca)

Fière partenaire



<sup>1</sup>Certaines conditions s'appliquent. Le programme est un avantage conféré aux détenteurs de la carte de crédit Platine MasterCard de la Banque Nationale et s'adresse aux infirmières et infirmiers du Québec qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Vous devez fournir votre numéro de permis de l'OIIQ au moment de l'adhésion.



P36

PORTRAIT

9 **Lucie Bédard**  
De Montréal à Haïti

EN BREF



P13

- 13 **Moissures**  
Dans les écoles
- 14 **CSI**  
Matériel médical recyclé
- 16 **Arthrose du genou**  
Bouger au quotidien
- 16 **STAT** Contamination fongique
- 17 **Vaccination**  
Semaine mondiale
- 17 **Maladie d'Alzheimer**  
Je suis toujours là
- 18 **AIPI**  
Prévention et contrôle des infections

**MYTHES ET RÉALITÉS**  
À propos de la santé oculaire

- 17 **Questions**
- 66 **Réponses**

21 **@COURRIEL**

ÉVÉNEMENT

- 19 **JIIQ 2014**  
Très réussis
- 20 **Colloque de bioéthique**  
Limites des ressources : un défi

SOCIÉTÉ



P23

23 **L'hypersexualisation**  
Outiller les jeunes et les intervenants

INNOVATION CLINIQUE

- Prix régionaux 2013**
- 26 **Abitibi-Témiscamingue**  
Unité transitoire de récupération fonctionnelle
- 27 **Chaudière-Appalaches**  
Projet SIPPE – Accueil du nouveau-né

SOINS DE PLAIES

28 **Le sinus pilonidal**  
Favoriser sa cicatrisation et diminuer les récurrences




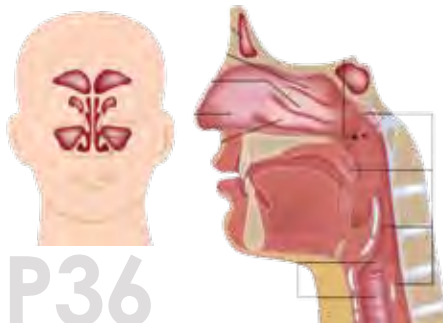
P28

CONTRACEPTION

34 **Les saignements irréguliers**  
Effets secondaires des pilules combinées

L'EXAMEN

36 **Mal de gorge**  ACFA  
Dites Ahhhhhh!!!  
Un examen clinique ciblé



P36

RECHERCHE



P43

43 **Pénurie d'infirmières en soins gériatriques**  
Des chercheurs suisses et québécois investiguent



P52

52 **Quand le patient demande de vous laver les mains**  
Une enquête du CHUM dévoile les perceptions



P46

PRATIQUE CLINIQUE

46 Les Signes AINÉES – partie 1



Un outil pour améliorer l'évaluation de la condition de santé des personnes âgées

SANTÉ PUBLIQUE



57 Réchauffement climatique  
Impact sur les populations nordiques

PHARMACOVIGILANCE

60 Observance thérapeutique  
Et durée de la prescription

SURVOL

62 Le sirop d'érable  
Des bienfaits pour la santé

63 Coupures d'enfant

Traiter sans douleur

64 Dépression post-partum

Plus fréquente dans les villes

SANTÉ FINANCIÈRE

65 Surplus budgétaires

66 LISTE DES ANNONCEURS

Présidente-directrice générale OIIQ  
**Lucie Tremblay**

Directrice des services aux clientèles et promotion  
**Denise Beaulieu**

RÉDACTRICE EN CHEF

Lyse Savard

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

Nathalie Boëls

CONSULTANTE SOINS INFIRMIERS

Céline Thibault

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Marlène Lavoie

CONCEPTION DE LA GRILLE GRAPHIQUE

Oblik Communication-Design

GRAPHISME ET MISE EN PAGES

gaetanvenne.ca

IMPRIMEUR

Solisco

COLLABORATEURS

Pascale Bisson  
Joël Brodeur  
Lyne Cloutier  
Kathleen Couillard  
Catherine Crépeau  
Natacha Des Rosiers  
Annik Dupras  
Francine Fiore  
Louis Gagné  
Blaise Guinchard  
Sylvie Lafrenière  
Pauline Laplante  
Yves Longtin  
Anne-Marie Lowe  
Cécile Michaud  
Nicole Ouellet  
Josyane Pinard  
Sarah Poulin-Chartrand  
Geneviève Riel-Roberge  
Guy Sabourin  
Stat  
Diane St-Cyr  
Hélène Sylvain  
Stéphanie Trameson  
Nataly Viens Python

PAGE COUVERTURE

© Bowie15 / Dreamstime. com

perspective infirmière



POUR NOUS JOINDRE

4200, boul. Dorchester Ouest  
Westmount Qc H3Z 1V4  
revue@oiiq.org

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

PUBLICITÉ

CPS Média inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère publicitaire  
43 avenue Filion, Saint-Sauveur Qc J0R 1R0  
Tél. : 450 227-8414, poste 304  
Télééc. : 450 227-8995  
mcrouzatier@cpsmedia.ca

ABONNEMENT

Sylvie Roy-Eychene

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

76 738 copies (CCAB/BPA : octobre 2013)

DÉPÔT LÉGAL 2014

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

Répertorié dans Repère, PubMed, Cinahl et BDSP PASCAL

N° d'enregistrement 9790

Parution : mars 2014

Convention de la Poste-publications  
N° 40062569



SOIRÉE  
FLORENCE  
2014

Tête à tête



avec  
**FLORENCE K**

Événement-bénéfice  
au profit de



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

*Pour mieux soigner.*

CÉLÉBRER POUR LA CAUSE AVEC FLORENCE K  
ET LES RÉCIPENDAIRES DES PRIX FLORENCE 2014 !

SOIRÉE UNIQUE  
SAVEURS GOURMANDES  
AMBIANCE INTIME  
RYTHMES CHAUDS  
ET FESTIFS



7 MAI 2014  
PALAIS DES CONGRÈS  
DE MONTRÉAL

Présentée par

Partenaire assurances  
habitation et auto



Cocktail à partir de 17 h 30,  
suivi d'une soirée gala musicalement  
animée par Florence K

**Prix membre** 150 \$  
**Prix non-membre** 250 \$

**NOUVEAUTÉ 2014**

Venez en groupe :

**Prix membre** 1 350 \$/10 personnes  
**Prix non-membre** 2 250 \$/10 personnes  
(un reçu fiscal de la valeur du don vous sera remis)

Réservations et information :  
514 282-2758  
ou en ligne à [fondationoiiq.org](http://fondationoiiq.org)

**82 %** des méningococcies invasives chez les jeunes enfants au Canada ont été causées par le méningocoque du sérotype B en 2006<sup>1,†</sup>



**Ne tournez pas le dos aux statistiques.**

Le méningocoque du sérotype B touche les enfants de tous les âges, mais particulièrement les nourrissons de moins d'un an, les enfants de 1 à 4 ans et les adolescents de 15 à 19 ans<sup>1</sup>.

**Novartis Pharma Canada inc. s'est engagée à mener des travaux de recherche sur la méningococcie causée par le méningocoque du sérotype B.**

† Chez les nourrissons de moins de 1 an, 22 des 27 cas de méningococcie invasive ont été causés par le sérotype B.

Référence: 1. Une déclaration d'un comité consultatif (DCC), Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI): Mise à jour des recommandations concernant la méningococcie et le vaccin conjugué contre le méningocoque. *RMTC*, avril 2009, vol. 35, (DCC-3):1-40.



Soyez **Bien** sensibilisé. informé. préparé.

 **NOVARTIS**

# Lucie Bédard

*Infirmière en santé publique et en épidémiologie depuis deux décennies, Lucie Bédard aide aujourd'hui les Haïtiens à améliorer leur santé.*

## De Montréal à Haïti

Par **Catherine Crépeau**

**L**ucie Bédard s'enflamme dès qu'il est question de sa participation au programme intégré de santé en Haïti. Ses yeux s'illuminent lorsqu'elle décrit la gentillesse des habitants et leur volonté d'améliorer leur situation économique et sanitaire. « Les gens veulent être en meilleure santé. Ils participent activement aux rencontres. On sent qu'ils veulent améliorer leur sort. »

Le programme lancé il y a deux ans vise à aider la Croix-Rouge haïtienne à orienter les premiers secours et les soins, notamment en matière de prévention des maladies infectieuses dans quatre communautés situées dans la région de Jacmel. Il est chapeauté par la Croix-Rouge canadienne et son antenne haïtienne, mais c'est la Direction de santé publique (DSP) de Montréal qui a eu le mandat de mettre le projet sur pied. Quand il lui a été présenté, Lucie Bédard a aussitôt posé sa candidature y voyant une façon de partager son expérience d'infirmière en épidémiologie et de gestionnaire, à titre de coordonnatrice du Bureau de surveillance épidémiologique de l'Unité des maladies infectieuses de la DSP.

### Douée pour les statistiques

Attirée par les statistiques autant que par le milieu de la santé, Lucie Bédard choisit finalement de s'inscrire au baccalauréat en sciences infirmières. Après trois ans en milieu hospitalier puis en CLSC, auprès des populations immigrantes et défavorisées, comme infirmière polyvalente en milieu familial, scolaire et en clinique de vaccination, elle part pour San Diego où elle obtient une maîtrise en sciences infirmières, option santé familiale.

De retour dans Saint-Henri deux ans plus tard, Lucie Bédard ressent toujours les limites de sa pratique. « Ça restait une pratique individuelle. Je voulais être en amont et pouvoir intervenir plus tôt », explique-t-elle. L'ouverture d'un



© Marcel La Haye

poste en épidémiologie au Département de santé communautaire de Montréal, l'ancêtre de la DSP, tombe à point nommé. L'emploi est pour un an, mais tant pis puisqu'il lui permettra de faire des enquêtes épidémiologiques, c'est-à-dire de décrire les populations atteintes de maladies infectieuses de façon à mieux planifier leur immunisation et les interventions des infirmières et des médecins.

Lucie Bédard restera finalement à la DSP où elle occupe, depuis près de vingt ans, le poste de coordonnatrice du Bureau de surveillance épidémiologique. Cette fonction sera entrecoupée par des études de maîtrise en santé publique et épidémiologie à Berkeley en 1992 et une sabbatique en Australie en 2001 pour parfaire sa formation en gestion. C'est son équipe

qui reçoit, valide, compile et analyse quotidiennement les quelque 40 000 déclarations annuelles de maladies à déclaration obligatoire (MADO), ainsi que les questionnaires utilisés pour les enquêtes épidémiologiques. Son rôle consiste alors à planifier les activités d'une quinzaine de membres d'équipe, en collaboration avec le service des archives médicales de la DSP et les infirmières des équipes de protection de l'Unité des maladies infectieuses.

Sollicitée pour son expertise en épidémiologie, Lucie Bédard a siégé pendant une vingtaine d'années au Comité sur l'immunisation du Québec, en plus de collaborer à des enquêtes épidémiologiques provinciales, à l'élaboration de protocoles provinciaux de prévention des maladies infectieuses et de lois de santé publique.

**« Nous travaillons sur la prévention des maladies et sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'attitude des gens face à la maladie. On veut qu'ils en parlent et qu'ils se fassent traiter. »**

### Exporter son expertise

Le programme intégré de santé en Haïti est une autre façon pour Lucie Bédard de transmettre ses connaissances sur la surveillance et la prévention des maladies infectieuses, tout en acquérant une expérience en aide humanitaire. Mais elle n'est pas là pour faire les choses à la place des Haïtiens. Elle veut les épauler et travailler avec eux. D'abord, par respect, puis pour s'assurer que le programme répond aux besoins des communautés. « Les gens savent ce qu'ils veulent et ils ont leur idée sur la façon dont ils veulent recevoir des soins. On a avantage à les écouter. » Même si les choses prennent parfois du temps à s'organiser.

« Nous devons travailler avec les personnes et les laisser avancer à leur rythme », insiste Lucie Bédard. Ce qui n'est pas toujours facile pour une femme qualifiée d'efficace et de rigoureuse par ses collègues. « J'ai appris à être plus patiente, lance-t-elle en riant. J'ai réalisé que les choses n'avançaient pas aussi vite qu'à Montréal et qu'il faut l'accepter. »

### Sous le charme

Lucie Bédard est tout de même tombée sous le charme du peuple haïtien, d'une extrême gentillesse, résilient et particulièrement optimiste. Malgré la situation économique précaire et les nombreuses catastrophes naturelles qui détruisent régulièrement les infrastructures du pays, les habitants continuent d'espérer en un avenir meilleur. Le programme intégré comprend plusieurs volets dont celui de la surveillance à



© Marcel La Haye

« Les gens savent ce qu'ils veulent et ils ont leur idée sur la façon dont ils veulent recevoir des soins. On a avantage à les écouter même si les choses prennent parfois plus de temps à s'organiser. »

base communautaire dont est responsable Lucie Bédard. À chacune de ses quatre visites, elle a été frappée par leur intérêt pour le programme de santé et leur volonté d'y contribuer. Devant cet enthousiasme, les bénévoles des organisations communautaires dont la Croix-Rouge haïtienne ont accepté de suivre chacun 50 familles, soit cinq fois plus que prévu.

Chaque semaine, des volontaires de la Croix-Rouge haïtienne téléphonent aux familles participantes pour déceler d'éventuels symptômes de maladie et faire les suivis de grossesse. « C'est une façon d'entendre parler plus rapidement des problèmes de santé et des maladies infectieuses. Ça permet au département de santé publique d'intervenir avant qu'il y ait une épidémie ou la mort d'un enfant », explique Lucie Bédard qui souligne l'extraordinaire travail des infirmières et des agents de santé haïtiens. Présents sept jours sur sept pour soigner la communauté, ils doivent aussi l'inciter à participer aux réunions de santé et à changer leurs habitudes pour prévenir les maladies infectieuses.

### Changer les mentalités

Un des objectifs du projet est de combattre la stigmatisation qui touche les personnes atteintes de maladies infectieuses, susceptibles de provoquer une épidémie. Une crainte très présente dans la population. « Nous travaillons sur la prévention des maladies et sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'attitude des gens face à la maladie. On veut qu'ils en parlent et qu'ils se fassent traiter », précise Lucie Bédard.

Dans trois ans, une enquête mesurera l'impact du projet sur la santé et l'attitude face à la maladie des communautés participantes. Cette analyse mettra aussi fin au financement par la Croix-Rouge canadienne. Malgré tout, Lucie Bédard est confiante que le programme intégré de santé survivra. Pour elle, il n'y a pas de doute que la communauté, le département de santé ou le gouvernement haïtien trouveront le moyen de le financer parce qu'il est utile et que les communautés y participent activement. « Plus on est proche de la communauté, plus c'est solide et plus ça risque de marcher. Quand les gens voient les résultats, constatent qu'ils reçoivent de meilleurs soins et qu'ils en sont responsables, ils sont prêts à participer », soutient-elle.

En attendant, il reste beaucoup de travail à faire dans des communautés où une partie de la population habite sous des tentes depuis le séisme de janvier 2010, des communautés éloignées du dispensaire le plus proche par plusieurs heures de marche. ■

## Elles ont dit...

« C'est une personne rigoureuse, professionnelle, qui excelle dans ce qu'elle fait. Elle est aussi très agréable comme collègue. Nous ne sommes pas allées en Haïti ensemble, mais nous avons la chance d'en discuter régulièrement, de partager nos bons coups. (...) Au début, elle s'attendait à ce que ce soit organisé, mais ce n'est pas toujours le cas. Il faut gérer la politique, les ressources humaines, les intempéries... Je crois qu'elle est maintenant plus patiente. »

**Barbara Renamy**, agente de planification, de programmation et de recherche, Services préventifs en milieu clinique, Direction de santé publique de Montréal.

« Lucie Bédard fait preuve d'une grande rigueur scientifique et depuis toujours, elle a défendu les intérêts de la profession infirmière et ceux de la population. Elle a été l'une des principales ressources de l'OIIQ lorsque nous avons travaillé au mémoire sur le projet de loi 90 et au guide d'application concernant l'activité réservée portant sur la vaccination. »

**Céline Thibault**, adjointe à la directrice, Direction, Développement et soutien professionnel, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

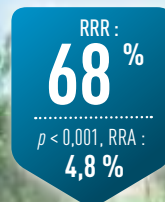


Pour le traitement des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures

## FAITES CONFIANCE À LA RÉDUCTION DU RISQUE DE FRACTURES DÉMONTRÉE PAR PROLIA® AVEC UNE INJECTION SOUS-CUTANÉE TOUS LES 6 MOIS<sup>1,2\*</sup>

Réduction du risque de fractures démontrée à tous les sites mesurés dans l'ensemble du squelette : vertèbres (principal critère d'évaluation), hanche et autres sites non vertébraux (critères d'évaluation secondaires) après 3 ans de traitement continu par rapport au placebo<sup>1,2\*</sup>

**Nouvelles fractures vertébrales**



**Fractures de la hanche**



**Fractures non vertébrales**



Consultez le site Web [Prolia.ca](http://Prolia.ca) pour déterminer si Prolia convient à vos patientes.

### Le denosumab est un traitement de première intention de l'ostéoporose postménopausique recommandé par Ostéoporose Canada.

Les lignes directrices recommandent le traitement des femmes à risque élevé de fractures<sup>3†</sup>.

Prolia est indiqué dans le traitement des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures, ce dernier étant défini par des antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures, ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés. Chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, Prolia réduit l'incidence des fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche.

Veuillez cliquer sur l'icône située dans le bas de la page à droite pour obtenir de plus amples renseignements sur l'innocuité et pour accéder à un hyperlien menant à la monographie de produit, dans lequel vous trouverez de l'information sur les points suivants :

- Les contre-indications chez les patientes atteintes d'hypocalcémie.
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes par rapport à l'apport adéquat en calcium et en vitamine D, à l'hypocalcémie (surveillance au besoin), au non-usage concomitant de XGEVA<sup>MD</sup>, aux infections sévères, aux effets indésirables touchant l'épiderme et le derme, aux fractures atypiques du fémur, à l'ostéonécrose de la mâchoire, à l'inhibition importante du renouvellement osseux, aux patientes présentant une insuffisance rénale, à la sensibilité potentiellement accrue des patientes plus âgées et à l'allergie au latex.
- Les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie.

De plus, la page contient la liste des références et les paramètres de l'étude en lien avec cette publicité.

Colloque des CII-CIR  
7 et 8 mai 2014



Conseils  
des infirmières  
et infirmiers

Commissions  
infirmières  
régionales

# GOUVERNER

## en soins infirmiers : une vision d'avenir

Le rendez-vous  
des leaders  
des soins infirmiers.

Consultez  
le programme  
complet sur  
[oiiq.org](http://oiiq.org)



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec



heures admissibles  
dans la catégorie  
formations accréditées



# Moississures dans les écoles

## Une offensive pour améliorer la qualité de l'air.

Par **Kathleen Couillard**

Un milieu sain pour apprendre, c'est l'objectif que se fixe le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) dans son plan d'action global gouvernemental visant à régler les problèmes de qualité de l'air dans certaines écoles du Québec. Il veut ainsi répondre à l'épineux problème des moisissures dans les écoles québécoises.



**Jean-Marc Leclerc**  
Conseiller scientifique  
en santé et environ-  
nement intérieur, INSPQ

« Pour éviter les problèmes de moisissures, on doit entretenir et inspecter régulièrement les bâtiments. Un édifice bien entretenu ne connaîtra pas de contamination de la sorte. »

Dans le cadre du programme Réno-Écoles, la ministre Marie Malavoy annonçait l'automne dernier un investissement de 46,5 millions de dollars pour rénover les établissements d'enseignement aux prises avec de graves contaminations fongiques. À cette somme, s'ajouteront 30 millions de dollars qui seront investis dans un plan de détection et 324,7 millions de dollars qui serviront à mieux entretenir les écoles pour éviter que la situation se reproduise. Ces mesures s'inscrivent dans la politique économique du Québec Priorité emploi.

Ce plan ambitieux était attendu. Le ministère estime en effet que le problème touche quelque 10 000 élèves et 600 membres du personnel. L'air de certaines écoles s'est révélé inacceptable et des centaines d'élèves ont dû être déplacés dans d'autres établissements. Ce sont donc 19 écoles, dont 16 de la Commission scolaire de Montréal (CSDM), qui nécessitent des rénovations immédiates.

« La situation des écoles montréalaises est particulière en raison de l'âge des



© Serghei Starus / Dreamstime.com

bâtiments. Le problème est moins fréquent dans les autres régions du Québec », explique Jean-Marc Leclerc, biologiste de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Le parc immobilier de Montréal a en moyenne 65 ans alors qu'ailleurs au Québec, on parle d'une cinquantaine d'années. De plus, le nombre important de bâtiments que possède la CSDM a fait en sorte que l'entretien des édifices a été négligé, ce qui a favorisé la croissance de moisissures.

## Effets sur la santé

Les moisissures sont des microorganismes qui se multiplient dans un environnement humide. Ils libèrent alors des spores qui causent des problèmes de santé lorsqu'elles sont inhalées. Certaines personnes sont plus vulnérables, par exemple les enfants, les personnes âgées, immunosupprimées ou atteintes de maladies chroniques. Il y a divers signes cliniques, mais le plus souvent on observe une irritation des muqueuses des yeux, du nez et de la gorge. Les personnes atteintes peuvent tousser et présenter d'autres symptômes du rhume.

On estime qu'environ 5 % des enfants touchés sont en fait allergiques aux moisissures. « Il faut toutefois se garder de blâmer systématiquement les moisissures, prévient Pierre Chevalier, microbiologiste de l'INSPQ. Plusieurs autres facteurs environnementaux peuvent causer des symptômes semblables. Il faut donc faire preuve de circonspection avant de faire un lien entre ce type de symptômes et la présence de moisissures dans un immeuble. »

## Des travaux

Divers travaux sont prévus pour venir à bout de ce problème. Les stratégies pour éradiquer ces microorganismes dépendent en effet de la gravité de la situation. Pour un problème limité, un simple nettoyage peut suffire. Dans les cas plus graves, une amélioration de la ventilation, le remplacement d'une partie des matériaux et la réfection de certaines parties du bâtiment seront nécessaires. Ces travaux peuvent être coûteux et requièrent des travailleurs spécialisés. Cependant, il est extrêmement rare qu'il faille détruire complètement un bâtiment, comme c'est le cas de l'école Baril, un édifice centenaire de la CSDM.

C'est donc une « offensive pour la qualité de l'air dans les écoles du Québec » que lance le MELS. Le problème des moisissures ne concerne pas seulement les établissements scolaires. En effet, les milieux résidentiels défavorisés sont souvent touchés et demeurent une préoccupation pour la santé publique. ■

## Sources

Entrevue avec Jean-Marc Leclerc et Pierre Chevalier de l'INSPQ, le 29 novembre 2013.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). « Politique économique du gouvernement du Québec – Le gouvernement investit massivement pour régler les problèmes de moisissures dans les écoles du Québec » (communiqué), 11 oct. 2013. [En ligne : [www.mels.gouv.qc.ca/salle-de-presse/communiques-de-presse/detail/article/politique-economique-du-gouvernement-du-quebec-le-gouvernement-investit-massivement-pour-regl/](http://www.mels.gouv.qc.ca/salle-de-presse/communiques-de-presse/detail/article/politique-economique-du-gouvernement-du-quebec-le-gouvernement-investit-massivement-pour-regl/)]

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). *Dossiers thématiques : Investissement massif pour régler le problème des moisissures dans les écoles*. [En ligne : [www.mels.gouv.qc.ca/investissements-dans-les-infrastructures/infrastructures-educatives/un-milieu-sain-pour-apprendre/](http://www.mels.gouv.qc.ca/investissements-dans-les-infrastructures/infrastructures-educatives/un-milieu-sain-pour-apprendre/)]

Santé Canada. *Les moisissures et votre santé*, 30 mars 2011. [En ligne : [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/home-maison/mould-moisissure-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/home-maison/mould-moisissure-fra.php)]

Collaboration Santé Internationale

# Rien ne se perd, tout se recrée!

## Du matériel médical recyclé.

Par **Geneviève Riel-Roberge**

**C**réée à Québec en 1968, Collaboration Santé Internationale (CSI) est une ONG aidant les pays en voie de développement (PED) dans les secteurs de la santé et de l'éducation. Bénévoles et employés coordonnent notamment la collecte, la remise en état et le recyclage d'équipements et d'appareils médicaux pour ensuite les expédier par cargo dans les PED.

CSI est accréditée par le MSSS. Deux camions sillonnent la province pour recueillir le matériel de santé non utilisé par les hôpitaux, les CHSLD et les CLSC. Des fournitures médicales et des médicaments proviennent aussi de cliniques médicales privées, de cabinets de dentistes, d'optométristes et de physiothérapeutes. Les équipements non réutilisables sont expédiés à une entreprise spécialisée dans le recyclage des métaux. CSI achète également des médicaments de IDA Foundation, un important fournisseur de produits médicaux aux pays dont les produits intérieurs bruts sont faibles ou moyens.

### Partenaires

Les partenaires bénéficiaires du soutien médical de CSI sont des Fondations, des organismes à but non lucratif canadiens et étrangers et des écoles. Ils doivent être accrédités par le ministère de la Santé de leur pays respectif, fournir des références, donner des exemples de réalisations de projets humanitaires en santé ou en éducation et avoir la capacité logistique de recevoir et d'utiliser le matériel. Ils doivent aussi transmettre un rapport de fin de mission.

« Les organismes doivent nous indiquer le nombre de médecins, d'infirmières et

de sages-femmes dont ils disposent, explique Pierrette Defoy Dolbec, directrice générale de CSI. Avant d'expédier des équipements médicaux spécialisés, nous nous assurons que le personnel médical en place a les compétences pour les utiliser correctement. Dans certains cas, ajoute-t-elle, nous envoyons sur place un ingénieur biomédical ou un technicien spécialisé pour expliquer le fonctionnement des appareils. »

### Sécurité

M<sup>me</sup> Defoy Dolbec insiste sur le caractère sécuritaire du matériel expédié dans les PED. Bénévole pour CSI, Alain Labonté, ingénieur civil retraité depuis trois ans, est l'un de ceux qui remet en état les appareils médicaux donnés par le réseau de la santé. « Tout le matériel envoyé est inspecté. Nous avons des appareils pour vérifier le fonctionnement des équipements, par exemple un simulateur de signaux cardiaques pour tester un électrocardiogramme », précise-t-il. Un consultant provenant du milieu hospitalier vient régulièrement dans les locaux de CSI pour s'assurer de la bonne marche des tables d'anesthésie, d'autres s'occupent des appareils respiratoires et du matériel optique, comme les microscopes utilisés en laboratoire et en chirurgie.

À l'automne 2013, des étudiants en génie médical de Polytechnique Montréal sont venus bénévolement aider



**Pierrette Defoy Dolbec**  
Directrice générale, CSI

« Nous travaillons dans le développement durable. Nos partenaires n'interviennent pas en cas de désastre naturel, mais plutôt à l'étape de la reconstruction. »

CSI à remettre en fonction des moniteurs de signes vitaux et des appareils respiratoires. Ils comptent revenir au mois de mars 2014, durant leur relâche. « Les bénévoles sont généreux de leur savoir. L'aide des étudiants est appréciée, car les appareils que nous obtenons arrivent le plus souvent sans manuel d'instructions. Et ces manuels ne sont pas toujours disponibles sur Internet », observe M. Labonté.

Pour ce qui est de la sécurité des médicaments, M<sup>me</sup> Defoy Dolbec précise que CSI suit les directives de l'OMS et respecte les dates de péremption. La pharmacie est sous la direction d'une pharmacienne diplômée. Quant aux fournitures médicales, une infirmière les inspecte. Ces professionnelles travaillent avec trois autres infirmières et un chirurgien retraité. Plusieurs d'entre eux ont une expérience en soins de santé dans les PED. ■

**Pour en savoir plus : [www.csiquebec.org](http://www.csiquebec.org)**

**Durant l'exercice 2012-2013, dix-sept pays, principalement d'Afrique et d'Amérique latine, ont bénéficié de l'aide de CSI. Un volume total de 75 000 pieds cubes de matériel a été expédié par conteneurs, ce qui équivaut à un soutien médical de 4 millions de dollars.**



Réception d'un colis de médicaments à la Petite pharmacie de l'infirmière de l'Orphelinat Notre Dame de la Sainte-Croix à Sangmélima.



Les enfants de l'Orphelinat à Sangmélima, au Cameroun.

# Diabète + hépatite B

## Avez-vous fait le lien?



Les adultes **diabétiques** se sont révélés **2 FOIS** plus susceptibles de contracter une **hépatite B** aiguë que les personnes non diabétiques<sup>1†</sup>.

RC de 2,1 chez les patients diabétiques âgés de 23 à 59 ans (IC à 95 % = 1,6 à 2,8).

L'ACEF<sup>‡</sup> et les CDC<sup>§</sup> recommandent que les adultes diabétiques soient vaccinés contre l'hépatite B<sup>12†</sup> (tranche d'âge précisée par les CDC: 19 à 59 ans).

Aidez à protéger vos patients adultes atteints de **diabète**:  
recommandez-leur le vaccin contre l'**hépatite B**.

RC = rapport de cotes corrigé; IC = intervalle de confiance.

\* Comme n'importe quel vaccin, le vaccin contre l'hépatite B pourrait ne pas conférer une protection à 100 %.

† D'après des analyses multivariées de 865 cas confirmés d'infection par le VHB signalés en 2009–2010 dans huit centres du programme de surveillance des infections émergentes (*Emerging Infections Program*) regroupant 17 % de la population des États-Unis. Les analyses portaient sur des personnes diabétiques âgées de 23 à 59 ans sans comportements à risque de contracter l'hépatite B (p. ex. : utilisation de drogues injectables, rapports sexuels entre hommes ou avec plusieurs partenaires) et des personnes non diabétiques sans comportements à risque de contracter l'hépatite B.

‡ ACEF = Association canadienne pour l'étude du foie.

§ CDC = Centers for Disease Control and Prevention (É.-U.).

¶ Adultes n'ayant pas reçu de vaccin auparavant qui sont à risque de contracter l'hépatite B (tests de dépistage négatifs de l'antigène de surface [AgHBs] de l'hépatite B et des titres d'anticorps anti-HBs).

**Références :** 1. Sawyer MH, Hoerger TJ, Murphy TV *et al.* Use of hepatitis B vaccination for adults with diabetes mellitus: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2011;60(50):1709–711. 2. Coffin CS, Fung SK, Ma MM. Management of chronic hepatitis B: Canadian Association for the Study of the Liver consensus guidelines. *Can J Gastroenterol* 2012;26(12):917–938.

ProtectionB<sup>®</sup>

 GlaxoSmithKline

# L'arthrose du genou

Par **Louis Gagné**

Les personnes souffrant d'arthrose du genou doivent bouger tous les jours, mais trop souvent la douleur qu'elles éprouvent les condamne à l'inaction.

Un sondage<sup>1</sup> pancanadien, mené auprès de personnes de 50 ans et plus atteintes d'arthrose révèle que quatre personnes sur cinq sont incapables de vaquer à leurs activités quotidiennes telles que travailler, dormir et effectuer des tâches ménagères, en raison de la douleur causée par leur maladie. De plus, 72 % des répondants affirment ne plus pouvoir s'adonner à des activités physiques, sportives et de loisirs.

L'arthrose est une maladie articulaire dégénérative qui survient lorsque des tissus sont endommagés et qu'ils ne parviennent plus à se régénérer, provoquant ainsi une dégradation du cartilage et des os. Les articulations le plus souvent touchées sont celles des mains, des genoux, des hanches, des pieds et de la colonne vertébrale.

L'arthrose est la forme la plus courante d'arthrite. Selon la Société de l'arthrite du Canada, trois millions de Canadiens en sont atteints. Cette maladie peut survenir à tout âge, mais le risque augmente avec l'âge. Jusqu'à 55 ans, l'arthrose touche autant d'hommes que de femmes. Après cet âge, le risque chez les femmes augmente.

L'âge, les antécédents familiaux, l'obésité et des lésions répétées dues à la pratique d'un sport de haut niveau ou à l'exécution d'une tâche répétitive en sont les principales causes.



**Louise Montpetit**  
Coordonnatrice aux services éducatifs de la Société de l'arthrite

« Une bonne relation avec son équipe soignante permet de trouver la meilleure façon de rendre la maladie et la douleur supportables, ainsi que l'adoption de saines habitudes de vie et la prise d'un médicament approprié. »

## Mieux vivre

« Il n'y a pas remède qui permettent de guérir l'arthrose. Toutefois, il y a de saines habitudes de vie qui sont primordiales à adopter et à conserver pour réduire la douleur », déclare Louise Montpetit, coordonnatrice aux services éducatifs de la division québécoise de la Société de l'arthrite.

Par exemple, le maintien d'un poids santé permet de limiter la pression sur les articulations. De plus, l'exercice renforce les muscles entourant les articulations touchées et leur donne un meilleur support. « Cela n'élimine pas toute la douleur, mais cela rend les mouvements plus faciles », poursuit Louise Montpetit.

**De nombreuses personnes atteintes d'arthrose ne parlent pas de leur douleur à leur médecin à moins qu'elle ne devienne insupportable.**

Une douleur constante nuit au sommeil, atteint le moral et le jugement et perturbe la vie personnelle et les relations avec les proches. « Elle crée de l'isolement et peut entraîner une dépression », ajoute Diane De Bonville, responsable des communications de la Société de l'arthrite.

Selon le sondage, nombreuses sont les personnes atteintes d'arthrose qui ne parlent pas de leur douleur à leur médecin, à moins qu'elle ne devienne insupportable. De fait, les répondants ayant consulté un médecin disent l'avoir fait parce que la douleur devenait de plus en plus gênante (57%) ou parce que leur état s'aggravait (41%). « Leur première réaction est de croire que la douleur va passer. Les gens vont prendre un médicament en vente libre comme l'acétaminophène ou l'ibuprofène avant de consulter », déplore Louise Montpetit.

Malgré l'impact de la douleur causée par l'arthrose du genou, de nombreux patients ne prennent pas les antidouleurs prescrits par leur médecin. Plus de la moitié (54%) des répondants affirment ne pas respecter la posologie et, parmi eux, 30% précisent qu'ils prennent leur médicament uniquement lorsque la douleur est insupportable. Ils donnent comme raison la crainte d'effets secondaires (73%) et le risque de dépendance (54%). ■

<sup>1</sup> Le sondage « Bouger au quotidien », commandité par Eli Lilly Canada inc., a été réalisé en ligne par Harris/Décima, entre le 25 avril et le 1<sup>er</sup> mai 2013. Les résultats proviennent d'un échantillon de 251 adultes canadiens âgés de 50 ans et plus ayant reçu un diagnostic d'arthrose du genou.

## CONTAMINATION FONGIQUE



STAT

# Êtes-vous à jour ?



C'est du 23 au 30 avril qu'aura lieu cette année la Semaine mondiale de la vaccination, chapeauté par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'OMS rappelle que la vaccination est reconnue comme l'une des « interventions sanitaires les plus efficaces et les plus rentables jamais mises en place ». Les vaccins permettraient de sauver annuellement trois millions de personnes.

La vaccination, on le sait, protège les enfants de plusieurs maladies telles que la diphtérie, la rougeole ou la poliomyélite. Mais, comme le souligne l'OMS, elle permet aussi de prévenir la pneumonie et la diarrhée à rotavirus, qui figurent parmi les principales causes de mortalité chez les jeunes enfants.

## Dans le monde

Pourtant, et c'est là que les campagnes de sensibilisation à la vaccination prennent tout leur sens, un enfant sur cinq dans le monde ne serait pas vacciné convenablement. Toujours selon l'OMS, en 2012 par exemple, « 22,6 millions de nourrissons n'ont pas bénéficié d'une vaccination systématique ».

C'est pour rappeler ce type d'information que le thème de la campagne de cette année est « Êtes-vous à jour ? »,

car c'est par manque de connaissances que de nombreuses personnes ne suivraient pas leur calendrier vaccinal. Cette campagne vise donc à renseigner la population sur les vaccins existants pour lutter contre des maladies précises et à motiver les gens pour qu'ils se prennent en mains, eux et leur famille, de manière à respecter leur calendrier vaccinal et à se faire vacciner par un professionnel de la santé.

## Au Québec

Rappelons que le Québec, par l'intermédiaire de l'Institut national de santé publique, s'est doté d'un plan d'action pour la promotion de la vaccination en 2011. Outre la vaccination des jeunes enfants et des aînés, ce plan d'action vise aussi à augmenter la couverture vaccinale des travailleurs de la santé grâce à des systèmes de rappel et à un meilleur accès aux vaccins. ■ S.P.-C.

## Sources

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Plan d'action pour la promotion de la vaccination au Québec*, Québec, INSPQ, 2011, 119 p. [En ligne : [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1246\\_PlanActionPromoVaccination.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1246_PlanActionPromoVaccination.pdf)]

Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Semaine mondiale de la vaccination : 24-30 avril 2014*. [En ligne : [www.who.int/campaigns/immunization-week/2014/event/fr/index.html](http://www.who.int/campaigns/immunization-week/2014/event/fr/index.html)].

## La maladie d'Alzheimer Je suis toujours là

L'organisme Présâges lançait, en octobre dernier, un outil d'initiation à la maladie d'Alzheimer. Captation d'une pièce de théâtre du même nom, « Je suis toujours là » est un DVD

accompagné d'un guide comprenant des questions et des suggestions pour les intervenants qui travaillent avec des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce sont principalement pour ces intervenants que « Je suis toujours là » a été conçu.

La trousse permet de s'initier à la réalité de la maladie d'Alzheimer et de troubles apparentés et offre du même coup des pistes de solutions afin de mieux comprendre la maladie et ses impacts sur ceux qui en souffrent.

Jusqu'à maintenant, une centaine de guides ont été vendus, notamment à des sociétés Alzheimer, des centres communautaires pour aînés, des CHSLD et des CSSS. Le prix ? 60 \$ pour les organismes communautaires et 80 \$ pour les établissements. Présâges prévoit aussi promouvoir sa trousse auprès des cégeps et des universités.

Organisme à but non lucratif, Présâges travaille avec des organisations qui viennent en aide aux aînés, et a notamment comme mission de développer le milieu communautaire à l'intention des aînés québécois. Le Théâtre Fleury, une des différentes initiatives de Présâges, permet à des groupes d'aînés de mettre sur pied des productions théâtrales, toujours dans l'optique de traiter d'une thématique utile à la communauté.

■ S.P.-C.

Pour en savoir plus : [www.presages.org](http://www.presages.org)  
ou Sylvia Dorta au 514 382-0310,  
poste 207.



## MYTHES ET RÉALITÉS

### À propos de la santé oculaire

Par Joël Brodeur, inf., M.Sc.

*En matière de prévention des maladies, la santé oculaire se retrouve rarement au premier rang de nos préoccupations. Pourtant, négliger la santé de nos yeux peut avoir de graves conséquences, voire irréversibles. Voyons si vous saurez reconnaître les mythes de la réalité parmi les affirmations suivantes*

vrai ou faux

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Regarder la télévision de trop près peut endommager la vue d'un enfant.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Lire dans la pénombre endommage la vision.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Même sans trouble visuel, il est souhaitable de passer annuellement un examen de la vue.       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Travailler à l'écran n'est pas dommageable à long terme pour la vision.                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. L'été au soleil, même porter de mauvaises lunettes solaires est mieux que de ne pas en porter. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Réponses en page 66

# Infirmières en prévention et contrôle des infections

Une association pour promouvoir leur rôle.



L'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI) compte environ

500 membres. Active depuis 35 ans, « l'AIPI a comme mission d'améliorer la qualité et la sécurité des soins dans l'ensemble du réseau québécois de la santé », explique sa présidente Isabelle Laperrière, également coordinatrice à la prévention des infections au CSSS Champlain-Charles-Le Moyne.

« Il est important que nos collègues connaissent l'importance des gestes qu'ils peuvent poser pour la prévention et le contrôle des infections, car cette responsabilité appartient à tout le personnel, explique-t-elle. La responsabilisation de tous les professionnels est un enjeu crucial. L'hygiène des mains, la propreté des espaces et la désinfection du petit matériel, par exemple, sont aussi essentielles que la désinfection d'un site d'injection. »

## Spécialisation

Si les infirmières en prévention et contrôle des infections sont à l'œuvre aux quatre coins de la province, leur travail est encore largement méconnu et elles font souvent face à des préjugés qui limitent leur rôle. Pourtant, depuis septembre 2011, la prévention et le contrôle des infections est devenu un domaine de spécialisation infirmière. Pour obtenir leur certification, les infirmières doivent suivre une formation de deuxième cycle universitaire. La complexité de leur rôle dépasse largement les consignes d'hygiène des mains.

Par exemple, elles doivent assurer la surveillance de certaines bactéries multirésistantes dans leur milieu de travail et veiller à l'application des lignes directrices basées sur des données probantes telles que celles de l'Institut national de santé publique du Québec. Leur mission est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.



**Isabelle Laperrière**  
Présidente de l'AIPI

« Nous avons un rôle de vigie, de sentinelle. Et notre mission est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. »

Les infirmières en prévention et contrôle des infections, croit Isabelle Laperrière, sont parfois perçues négativement parce qu'elles sont appelées durant des problématiques infectieuses. Leur arrivée est pourtant un atout pour l'équipe de soins puisqu'elles pourront l'aider à trouver et à mettre en œuvre les moyens de contrôler ces infections.

Les infirmières en prévention des infections sont aujourd'hui présentes dans tous les milieux de soins. C'est le ministère de la Santé et des Services sociaux qui établit le ratio d'infirmières en prévention des infections par nombre de lits, soit au moins une pour 100 lits de soins de courte durée ou pour 250 lits de soins de longue durée. ■ S.P.-C.

Pour en savoir plus : [www.aiqi.qc.ca/](http://www.aiqi.qc.ca/)

# SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

## Formation en soins des pieds

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

### Formation pour débutants

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

### Formations avancées en soins des pieds

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

## FORMATION COMPLÈTE

Reconnue par l'AIIS PQ

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

### Prochains cours :

INTENSIF  
5 mai 2014

ACCÉLÉRÉ  
9 septembre 2014

HEBDOMADAIRE  
11 septembre 2014



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 donne droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC)



[WWW.SURPIED.COM](http://WWW.SURPIED.COM)

INFORMATIONS : 514.990.8688  
SANS FRAIS : 1.888.224.4197

# JIIQ 2014

Des plus réussis !

Les Jeux des infirmières et infirmiers du Québec (JIIQ) se sont déroulés du 24 au 26 janvier à Chicoutimi. Réunissant près de 24 délégations d'établissements d'enseignement collégial et universitaire, cette cinquième édition, organisée par l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), a tenu toutes ses promesses.

Saine compétition, cohésion et partage sont les mots qui définissent le mieux l'ambiance festive dans laquelle se sont déroulées les nombreuses activités éducatives et sportives. C'est à l'équipe de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) que reviennent les honneurs, suivie de celles de l'Université Laval et de l'Université de Sherbrooke. Le Cégep Beauce-Appalaches a reçu la mention spéciale *Esprit sportif* pour sa motivation et son respect des thématiques.



© Laurent Sivani 2014

Les membres du comité organisateur en compagnie de Lucie Tremblay. De gauche à droite : Marilyn Guay, Lucie Tremblay, présidente-directrice générale de l'OIIQ, Marjorie Guy, Ariane Girard, Louise-Catherine De Jordy, Carole Dionne, directrice du module des sciences infirmières et de la santé à l'UQAC, Maude Roy, Emmy Bouchard Poirier, Marie-Chantale Riverin Simard, Jérémie Beaudin, Jérémy Allard et Mari-Lou Lampron.

Lucie Tremblay, présidente-directrice générale de l'OIIQ, assistait à l'événement. « Ce sont de beaux moments d'écoute et d'échange qui font de ces jeux une occasion privilégiée de rencontrer la relève

infirmière », a-t-elle déclaré à PI. L'Université McGill reprend le flambeau et organisera les JIIQ en 2015. Un rendez-vous étudiant à ne pas manquer !

■ **Stéphanie Trameson**



Plusieurs activités sportives et éducatives.



**HUMAINE  
CRÉATIVE  
AUDACIEUSE**

## CERTIFICAT EN SOINS INFIRMIERS CLINIQUES

ENCADREMENT - SOUPLESSE - PROXIMITÉ - RECONNAISSANCE

Pour développer de nouvelles compétences professionnelles!

Programme intégrant plusieurs disciplines :

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

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

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

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

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

**UQAT**  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC  
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE



uqat.ca

Colloque de bioéthique

# Limites de ressources

## UN DÉFI À RELEVER

Par **Nathalie Boëls**

Les 14 et 15 novembre derniers avait lieu le 7<sup>e</sup> Colloque annuel des Programmes de bioéthique de l'Université de Montréal. Sur le thème *Enjeux éthiques liés à la limite des ressources et à ses impacts sur le système de santé*, l'objectif était de permettre aux 180 participants et 29 conférenciers de trouver des solutions éthiques pour réduire les impacts des ressources limitées tout en favorisant un accès équitable aux services et de meilleurs choix dans la pratique clinique.



**André-Pierre Contandriopoulos**  
chercheur, IRSPUM

« Nous devons mettre l'accent sur les soins de

proximité sur une base territoriale et maintenir un équilibre entre équité, efficacité et libertés individuelles. »

### Accès équitable

« La population vieillit, ce qui augmente la demande et élargit le domaine d'intervention », explique André-Pierre Contandriopoulos, chercheur de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). En plus, Lise Lamothe, spécialiste de l'organisation des services de santé et chercheuse de l'IRSPUM, constate un élargissement des services et du territoire à desservir, en raison de la responsabilité populationnelle dans un contexte de pénurie financière et professionnelle. Yolaine Rioux, adjointe à la directrice médicale au secrétariat de l'enseignement et de la recherche du CSSS Richelieu-Yamaska est également de cet avis : « Avant, c'était premier arrivé, premier servi ; avec la responsabilité

populationnelle, maintenant on tient compte de tous les besoins de la population, exprimés ou non. Il faut faire plus avec moins ».

Pour atteindre cet objectif, il faut aussi repenser les responsabilités et l'éthique professionnelles, selon M. Contandriopoulos. « Les organisations de santé doivent mettre le patient au cœur de leurs décisions, notamment en créant des comités d'éthique organisationnelle », préconise M<sup>me</sup> Rioux. À la condition toutefois que ces comités intègrent trois acteurs : la population ou ses représentants (groupes communautaires), les cliniciens et les gestionnaires. « Il faudrait aussi que les gestionnaires soient formés en éthique organisationnelle », croit Marie-Josée Potvin, infirmière et finissante au doctorat en bioéthique à l'Université de Montréal.

### En pratique

Pour faire « plus avec moins », il faut donc faire des choix. Or, « les prises de décision concernant les critères de sélection sont laissées au personnel sur le terrain », croit Jocelyne St-Arnault, philosophe et chercheuse au Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal. « Alors que la sélection devrait se baser sur les besoins de la personne, la pénurie a pour conséquence que ce sont des critères psychosociaux, politiques, fondés sur le mérite ou l'âge de la personne, ou encore la pression sociale », explique-t-elle. Selon son constat, le personnel de santé éprouve alors colère, frustration et anxiété causés par le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur la situation. Ces sentiments ont été soulevés par un bon nombre de conférenciers, dont plusieurs professionnels de la santé, autant infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes que médecins.

**Le personnel de santé éprouve colère, frustration et anxiété causés par le sentiment de n'avoir aucun contrôle sur la situation.**

Annie Carrier, ergothérapeute et candidate au doctorat en sciences cliniques de l'Université de Sherbrooke s'est intéressée aux critères de sélection utilisés pour la gestion des listes d'attente. « Ils diffèrent selon les établissements et se basent sur une évaluation subjective du caractère urgent et prioritaire », constate la chercheuse. Ils sont également appliqués de manière aléatoire en raison de facteurs externes à la demande.

Des solutions ? M<sup>me</sup> Carrier a rappelé l'importance de l'utilisation du raisonnement clinique « pour ne pas verser dans l'inéquité en fonction de nos perceptions vis-à-vis du patient ». Enfin, la D<sup>re</sup> Marie-Dominique Beaulieu, omnipraticienne, a préconisé une « médecine parcimonieuse » pour apprendre à faire des choix ; un principe en cinq points, utile dans tous les domaines de pratique, pas seulement en médecine : calibrer l'intensité de l'intervention selon la gravité de la maladie et le but que l'on poursuit ; se demander si le traitement ou le médicament prescrit sera utile ; utiliser le temps comme traitement ; tolérer l'incertitude ; savoir communiquer pour rassurer les gens.

Le colloque s'est clos par la remise de deux prix : « Excellence en bioéthique » à David Roy et « Meilleure présentation orale » à Annie Carrier. ■

*NdlR* : Yolaine Rioux occupe présentement le poste de directrice au Bureau du registraire de l'OIIQ.

## Formule sanguine complète Des précisions de l'OPTMQ



« Je suis chargée de dossiers scientifiques à l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ). Nos membres, les technologistes médicaux, effectuent des analyses sur le sang et sur d'autres

échantillons dans les laboratoires de biologie médicale. Nous aimerions apporter des précisions à l'article « La formule sanguine complète » de janvier/février 2014, principalement au Tableau 4, en page 31, intitulé : **Technique de prélèvement de la FSC**, concernant entre autres les deux éléments suivants : le volume de remplissage des tubes et les délais entre le prélèvement sanguin et son analyse par le laboratoire.

Pour obtenir un résultat représentatif de l'état de santé du patient, la technique de prélèvement est très importante. Nous avons émis des recommandations à ce sujet dans nos publications. Elles s'appuient notamment sur les lignes directrices du Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) des États-Unis.

Le Tableau 4 indique de « **prélever de 5 à 7 ml de sang provenant d'une veine périphérique...** » : en ce qui concerne la quantité prélevée, retenez que le tube doit être rempli à sa capacité optimale. Sinon il y a trop d'anticoagulant dans le tube par rapport au volume de sang, ce qui peut modifier les éléments figurés du sang en plus de causer un effet de dilution s'il est sous forme liquide. [...] Il est correct de prélever 5 ml de sang dans un tube de 5 ml, mais pas dans un tube de 7 ml. [...]

Le tableau indique aussi : « **L'échantillon peut se conserver à la température ambiante durant dix heures.** » Nos recommandations précisent qu'un échantillon de sang peut être gardé pendant 4 heures à la température de la pièce ou pendant 24 heures lorsqu'il est réfrigéré. De plus, le frottis sanguin doit être effectué à l'intérieur de 4 heures et avant que le tube soit réfrigéré. L'inobservance de ces délais peut falsifier les résultats.

Pour éviter le rejet des échantillons au laboratoire et obtenir des résultats qui reflètent l'état de santé du patient au moment du prélèvement, retenons entre autres qu'il faut que les tubes soient remplis à leur capacité optimale et que les délais et les conditions de conservation des échantillons soient respectés. »

**Anne-Marie Martel**, T.M., chargée de dossiers scientifiques et secrétaire du Conseil de discipline, OPTMQ

### Sources

Association canadienne de normalisation. *Norme CSA Z316.7F12 – Établissements effectuant la collecte d'échantillons primaires et laboratoires d'analyses de biologie médicale – Sécurité du patient et qualité des soins – Exigences pour la collecte, le transport et la conservation des échantillons*, Toronto (ON), 2012, 70 p.

Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI H20A2). *Reference Leucocyte (WBC) Differential Count (Proportional) and Evaluation of Instrumental Methods: Approved Standard (2<sup>e</sup> éd.)*, Wayne (PA), CLSI, 2007, 76 p.

Dennis, J.E., L.O. Ballance, R.R. Calam, R. McCall, S.S. Smith, D.I. Szamosi *et al.* « Procedures for the collection of diagnostic blood specimens by venipuncture; approved standard » (6<sup>e</sup> éd.), *Clinical and Laboratory Standards Institute*, H3-A6, vol. 27, n<sup>o</sup>26, 2007.

Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ). *Hématologie*, Montréal, OPTMQ, 2001, 80 p. [En ligne : <http://optmq.org/wp-content/uploads/2012/08/HEMATO.pdf>]

Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ). *Transport et conservation dans le domaine de la biologie médicale (4<sup>e</sup> éd.)*, Montréal, OPTMQ, 2009, 81 p. [En ligne : <http://optmq.org/wp-content/uploads/2013/11/Transport4eedition.pdf>]

**NdlR** : Nous avons remplacé le Tableau 4 de la page 31 dans la **version en ligne** de cet article afin de refléter les précisions apportées par l'OPTMQ.

Nous l'en remercions.

### Nouveau Tableau Technique de prélèvement de la FSC

#### Procédure

- Utiliser une aiguille d'au moins 0,90 mm ou de calibre 22 ou moins. Le calibre 23 est acceptable, quoique non souhaitable.
  - Faire le prélèvement avec un tube contenant de l'EDTA, un anticoagulant (tube lavande).
  - Prélever une quantité de sang de façon à ce que le tube soit rempli à sa capacité maximale.
  - Utiliser une veine périphérique et choisir le site de prélèvement en tenant compte de la présence ou non d'une perfusion intraveineuse. Si c'est le cas, le prélèvement doit se faire en amont de cette perfusion.
- L'amont et l'aval réfèrent au sens de la circulation sanguine ; ainsi le sang dans une veine circule des doigts (en amont) vers l'épaule et le cœur (en aval).

- Basculer doucement le tube pour que le sang se mélange à l'EDTA.
- L'échantillon peut se conserver durant quatre heures à température ambiante et vingt-quatre heures s'il est réfrigéré.
- Le jeûne n'est pas nécessaire pour ce test.
- Ne pas laisser le garrot en place plus de 60 secondes.

## Sinemet® Le bon dosage

« Clients âgés constipés : pourquoi s'en inquiéter ? », novembre/décembre 2013. Dans l'encadré présentant la mise en situation clinique (page 43), la liste des médicaments à l'admission indique Sinemet® 100 mg die. On devrait plutôt lire Sinemet® 100/25 mg tid.



Par ailleurs, j'ai beaucoup apprécié le message de Linda Thibault nous exhortant à placer l'élimination au cœur de nos priorités. Les soins de base, moins glamour, sont souvent oubliés et des lacunes dans ces soins peuvent entraîner des conséquences graves, voire la mort de patients. »

**Martine Cormier**, infirmière clinicienne, Hôpital de jour gériatrique du CSSS Alphonse-Desjardins

**NdlR** : Merci Martine Cormier pour cette précision.

## Vaccin contre la fièvre jaune Par voie sous-cutanée seulement

« La tourista, profiter des destinations soleil », janvier/février 2014. En page 45, il est mentionné que le vaccin de la fièvre jaune peut être donné par voie orale. En fait, il existe deux vaccins contre la fièvre jaune produits par Sanofi Pasteur, l'un utilisé en Europe, l'autre dans les Amériques. Les deux vaccins doivent être dilués avec le produit fourni et administrés par voie sous-cutanée.



Je suis mandatée par Sanofi Pasteur pour donner aux infirmières des formations sur la fièvre jaune. Cet article a suscité plusieurs courriels. Il y aurait lieu de publier l'information correcte dans votre prochaine édition. »

**Christine Dumontet**, inf., présidente de Dumontet CSV inc., Conseils Santé Voyage

**NdlR** : Merci Christine Dumontet. En effet, il aurait fallu lire : « Les vaccins contre la diarrhée ou le choléra peuvent être donnés oralement. »

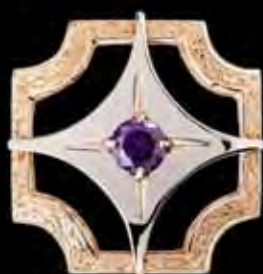
### Écrivez-nous à revue@oiiq.org

Votre texte pourra toutefois être édité et corrigé.



# QUI PORTERA L'INSIGNE DU MÉRITE?

CANDIDATURES RECHERCHÉES AVANT LE 1<sup>ER</sup> MAI 2014



L'INSIGNE DU MÉRITE EST LA PLUS HAUTE DISTINCTION DÉCERNÉE PAR L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. RENDEZ AU HOMMAGE À UNE INFIRMIÈRE OU À UN INFIRMIER DONT LA CARRIÈRE ÉMÉRITE A CONTRIBUÉ DE MANIÈRE EXCEPTIONNELLE À L'AVANCEMENT DES SOINS INFIRMIERS OU À LA NOTORIÉTÉ DE LA PROFESSION.

# L'hypersexualisation

Comprendre le phénomène et outiller les jeunes et les intervenants.

Par **Louis Gagné**

**Q**ue ce soit dans les vidéoclips de vedettes de musique pop, les publicités télévisées, les magazines ou les jeux vidéo, les Québécois sont plus que jamais confrontés dès un jeune âge à des images et des conduites à teneur sexuelle qui peuvent être lourdes de conséquences.

Les phénomènes de l'hypersexualisation et de la sexualisation précoce sont une préoccupation pour de nombreux parents, enseignants et autres intervenants sociaux. Les experts s'entendent sur les effets néfastes que l'exposition prématurée à une sexualité d'adulte peut avoir sur le bien-être et le développement des jeunes.

C'est dans cette optique qu'une équipe de chercheuses en sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) a mis sur pied en 2005 un projet recherche-action intitulé « Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation ». Ce projet comporte plusieurs volets. Outre l'aspect recherche, il vise à offrir des formations aux intervenants travaillant dans divers secteurs comme l'éducation, la santé ainsi que les services sociaux et communautaires.

Leur objectif ? Sensibiliser les jeunes et les adultes qui les accompagnent aux phénomènes d'hypersexualisation et



**Francine Duquet**  
Directrice du projet et professeure, Département de sexologie de l'UQAM

« Les médias sont des agents de socialisation. Ils ont donc une grande influence. L'adolescence est une étape de la vie où le jeune veut se conformer à la mode, être populaire, être comme les autres. Or, la cote sexuelle, c'est-à-dire l'image très sexuelle, la séduction très sexuelle, est associée au capital de popularité. »



© izusek / iStockphoto.com

de sexualisation précoce, proposer des pistes de réflexion et d'action pour contrer ces influences et concevoir des outils d'éducation.

Le projet est né d'une demande d'aide du Y des femmes de Montréal. « L'organisme nous a approchés pour créer des outils didactiques sur la prévention de la sexualité précoce chez les filles de première et deuxième secondaire. Mais avant de développer ces outils, nous avions besoin de documenter le phénomène », explique Francine Duquet, professeure au département de sexologie de l'UQAM et directrice du projet.

De là, les responsables du projet ont pris contact avec trois groupes cibles : des membres

du personnel scolaire et de soutien (enseignantes, surveillants, membres de la direction et infirmières), des adolescentes et adolescents des premier et deuxième cycles du secondaire, ainsi que des enfants du troisième cycle du primaire. Des groupes de discussion avec des membres du personnel scolaire ont permis de connaître leurs perceptions et leurs attitudes face à l'hypersexualisation et de déterminer

leurs besoins. Des entrevues individuelles ont été faites avec des élèves du primaire et du secondaire.

## Surenchère sexuelle

Cette recherche a mené à la publication du rapport « Perceptions et pratiques de jeunes du secondaire face à l'hypersexualisation et à la sexualisation précoce ».



ENCADRÉ 1  
**Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation**  
**Pour former les intervenants**

Outre le rapport, le projet recherche-action « Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation » a conduit à la mise en œuvre d'une formation destinée aux intervenants de divers secteurs. Ses objectifs sont :

1. Permettre une meilleure compréhension des manifestations et des enjeux de l'hypersexualisation et de la sexualisation précoce chez les jeunes.
2. Habilitier les personnes participantes à mieux intervenir auprès des jeunes.
3. Offrir des références appropriées en matière de prévention et d'éducation à la sexualité.

En juin dernier, la formation avait déjà rejoint plus de 2 550 intervenants du Québec et d'autres provinces canadiennes, mais aussi de l'étranger. Parmi eux, de nombreuses infirmières. « Il y a toujours des infirmières à nos formations. Puisqu'elles travaillent dans les écoles, les CLSC, les hôpitaux et les cliniques, elles côtoient des jeunes. Cette formation leur permet de mieux répondre à leurs questions et de les sensibiliser au phénomène de l'hypersexualisation. »

Selon Francine Duquet, trois principales conclusions peuvent en être tirées.

**Double standard :** D'une part, il existe un double standard dans les rapports entre les filles et les garçons. Que ce soit dans les comportements au cours des fêtes, les expériences sexuelles, l'habillement, la consommation de cyberpornographie ou la diffusion dans les médias sociaux de propos ou d'images explicites, les adolescentes seront généralement jugées plus durement par leurs amis et connaissances que les adolescents. À comportement égal, les jeunes apposent souvent aux filles une étiquette vulgaire, les traitant par exemple de salope, de pute ou de « bitch ». « Leur comportement est mal perçu par leurs pairs alors que le comportement des gars pourra aussi être désapprouvé, mais moins sévèrement que celui des filles. Il y a

clairement un double standard en défaveur des adolescentes », constate Francine Duquet.

**Définition :** D'autre part, les gars et les filles ont une définition nuancée de leurs relations avec le sexe opposé. « Pour eux, un amoureux ou une amoureuse n'est pas nécessairement la même chose qu'un chum ou une blonde, affirme la sexologue. Pour les ados, la vie sexuelle peut aussi se dérouler sans lien amoureux, soit entre chum et blonde ».

**Banalisation :** Enfin, les entrevues révèlent une confusion chez les jeunes sur ce qui relève de l'intimité et de la sphère de la vie privée. La cause ? La banalisation de la sexualité en raison de la surenchère sexuelle présente dans les univers électronique et médiatique. « Il y a désormais un grand accès à l'univers sexuel. La majorité des jeunes interviewés – ils

étaient 69 – étaient en première et deuxième secondaire et plus de 70% n'avaient jamais eu d'activités sexuelles. Pourtant, ils nous parlaient du Kâmasûtra et de sadomasochisme », indique M<sup>me</sup> Duquet.

**Pistes de réflexion**

De ces constats tirés des témoignages des jeunes, les enseignants et les intervenants ont dégagé diverses pistes d'interventions visant à sensibiliser les jeunes aux stéréotypes, aux relations sociales, sexuelles et amoureuses, à la popularité et à la réputation. Ces pistes visent aussi à développer le sens critique des jeunes face à l'univers médiatique et à la surenchère sexuelle et à relativiser l'idée de performance sexuelle. Ces pistes ont jeté les bases de l'outil d'éducation à la sexualité intitulé « Oser être soi-même » (voir Encadré 2).

Pour M<sup>me</sup> Duquet, il importe d'offrir aux jeunes et aux adultes qui les accompagnent plusieurs angles de réflexion sur l'hypersexualisation et la sexualité précoce. « Les jeunes sont surexposés dans les médias à des messages à connotation sexuelle, que ce soit dans les publicités, les jeux vidéo ou les vidéos d'artistes pop comme Justin Bieber, Miley Cyrus ou Rihanna. Notre quotidien est très sexualisé et cela a un impact sur l'apparence, les relations, les comportements sociaux et les perceptions que les jeunes ont de la sexualité », déplore la chercheuse qui compte 25 années d'expérience en la matière.

Les nouvelles technologies contribuent amplement à cette hypersexualisation. Internet permet désormais un accès facile à la pornographie à un âge où les jeunes n'ont pas nécessairement un sens critique suffisamment développé pour réfléchir et faire la différence entre la fiction et la réalité. Les parents ont aussi du mal à exercer une surveillance adéquate sur leurs enfants. « Il y a seulement cinq ans, on suggérait de placer les ordinateurs dans le salon ou la cuisine pour assurer un contrôle parental. Aujourd'hui, avec le sans-fil, cela est beaucoup plus compliqué. Les adultes ont moins accès à l'univers des ados », dit M<sup>me</sup> Duquet.



Rihanna



Justin Bieber



Miley Cyrus

## Conséquences

Les conséquences de l'hypersexualisation sociale sont nombreuses. L'American Psychological Association a récemment répertorié quelque 350 études sur les impacts de l'hypersexualisation. On y apprend que ce phénomène est associé entre autres à une insatisfaction de l'image corporelle, à des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie), à des comportements sexuels à risque, aux manques de respect envers soi et les autres et à un rapport à l'intimité faussé. Ces effets constituent un terrain fertile à la violence, aux agressions et à l'exploitation sexuelles. À long terme toutefois, leur impact est moins clair, aucune étude ne s'y étant penchée sur une longue période.

Que faire pour renverser la vapeur ? « Il ne fait aucun doute qu'un travail d'éducation reste à faire », dit M<sup>me</sup> Duquet. Comme elle et ses collègues le précisent dans leur rapport, « le tableau n'est certes pas tout noir, mais force est de reconnaître que certains jeunes sont catapultés dans un univers sexuel inapproprié pour leur âge et pour leur niveau de développement, ou à tout le moins, discutable. D'ailleurs, bien que de nombreux jeunes se soient montrés très critiques par rapport à la commercialisation de la sexualité, d'autres la banalisent complètement. C'est de ceux-là précisément qu'on s'inquiète. Mais pour les uns comme pour les autres, il importe que des adultes s'engagent auprès d'eux dans des réflexions honnêtes et de qualité où la question du sens, des repères et des limites sera abordée. Cela ne peut qu'être bénéfique dans la construction de leur identité, ainsi que dans leurs rapports gars/filles ».

## Intérêt

Outre le rapport, le projet recherche-action « Outiller les jeunes face à l'hypersexualisation » a conduit à la mise en œuvre de formations destinées aux jeunes et aussi aux intervenants de divers secteurs (voir Encadrés 1 et 2).

Francine Duquet a été invitée à présenter les résultats de son travail en France, en Belgique, en Suisse, en Polynésie française et en Argentine. Pourquoi cet intérêt de l'étranger

ENCADRÉ 2

## Oser être soi-même Un outil d'éducation à la sexualité pour les jeunes

Créé en 2010, l'outil didactique « Oser être soi-même » vise, selon les auteures Francine Duquet, Geneviève Gagnon et Mylène Faucher, à « favoriser une démarche globale d'éducation à la sexualité, à travailler sur les repères et les limites, à encourager le sentiment d'autonomie personnelle par le développement d'un sens critique et à axer l'intervention sur le développement de rapports égaux, et ce, en outillant les adolescentes et les adolescents aussi bien que les intervenantes et les intervenants qui les accompagnent ».

L'outil propose une série de rencontres s'adressant à des jeunes de 12 à 17 ans sur un ensemble de thématiques allant des relations amoureuses à la consommation sexuelle en passant par l'intimidation, le consentement et la pression des pairs.

Ses objectifs sont :

1. Favoriser la réflexion sur ce que représentent et impliquent l'éveil amoureux et sexuel, la séduction, les relations amoureuses, l'intimité affective et sexuelle, les rapports égaux.
2. Favoriser le développement d'un esprit critique face à la commercialisation de la sexualité et à ses impacts sur la construction de l'identité du jeune, sur ses perceptions des relations garçons-filles et de l'intimité amoureuse et sexuelle.
3. Favoriser le développement d'habiletés à affirmer davantage son point de vue et, s'il y a lieu, à mieux négocier ses activités sexuelles dans le respect de son intimité, de ses limites et de celles des autres.

Il veut permettre aux intervenants de mettre en œuvre des rencontres d'éducation à la sexualité et de proposer des pistes de réflexion et d'action afin de contrer les effets néfastes de l'hypersexualisation. Il se décline en 12 thèmes, abordés en 19 rencontres de 75 minutes, soit le rapport au corps ; les relations amicales et la pression des pairs ; les rumeurs et l'intimidation ; la séduction ; les relations amoureuses ; l'intimité ; le désir et le plaisir ; l'érotisme opposé à la consommation sexuelle ; les conduites sexualisées, les activités sociales sexuelles et l'agir sexuel ; le consentement et les relations lorsqu'il existe un écart d'âge important ; les modèles médiatiques ; la sexualité et Internet ; le rôle des adolescents plus âgés face aux plus jeunes.

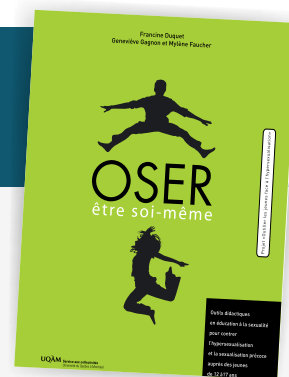
pour un projet québécois ? « On est tous confrontés aux problèmes liés à l'hypersexualisation pour la simple et bonne raison que les produits culturels populaires, le plus souvent issus de la culture américaine, sont très sexuels et sont diffusés partout et de la même façon », explique M<sup>me</sup> Duquet.

« Notre projet recherche-action, qui a débuté par une recherche, pour ensuite mener à la mise en place de formations et à la création d'outils didactiques, est assez unique. Le

Québec a une façon très concrète de faire de la recherche et le gouvernement n'hésite pas à rendre disponibles gratuitement et rapidement tous les résultats. » ■

**Pour en savoir plus :**  
[www.er.uqam.ca/nobel/jeunes/](http://www.er.uqam.ca/nobel/jeunes/)

*Ndlr : L'outil didactique « Oser être soi-même », vient d'être retenu comme « finaliste » pour le prix Égalité 2014 dans la catégorie Modèles et comportement égaux du Secrétariat à la Condition féminine.*



Abitibi-Témiscamingue

# Unité transitoire de récupération fonctionnelle

L'occupation de lits de courte durée par une clientèle âgée en attente d'hébergement est un problème répandu. Au CSSS Les Eskers de l'Abitibi, des infirmières ont conçu une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) pour aider à solutionner ce problème.

L'UTRF offre des soins et des services adaptés aux besoins de personnes âgées vulnérables dont la situation médicale est stabilisée après un séjour hospitalier en soins aigus, mais pour qui le retour à domicile est incertain ou compromis en raison d'incapacités fonctionnelles. Ainsi l'UTRF leur permet de récupérer de l'autonomie ou leur donne le temps de faire adapter leur domicile pour qu'elles puissent y retourner. Dans les autres cas, elles seront alors orientées vers le milieu de vie qui convient le mieux à leur état.

C'est là un projet novateur, le premier du genre en Abitibi-Témiscamingue. Les personnes âgées peuvent aussi y être admises directement de leur domicile ou de l'urgence sans avoir eu à séjourner à l'hôpital.

« Il s'agit d'un travail multidisciplinaire animé par l'infirmière responsable », explique Amélie Lamonde, infirmière clinicienne en réadaptation de l'unité de réadaptation du Centre d'hébergement Harricana. En effet, ce rôle de coordination ne peut être assumé que par l'infirmière, car elle seule connaît l'ensemble des clients, leurs besoins biopsychosociaux et les

interventions ponctuelles des autres professionnels.

« C'est une première et c'est un véritable succès ! ajoute l'infirmière. On s'en réjouit. » ■ **Francine Fiore**

« La coordination ne peut être assumée que par l'infirmière car elle seule connaît les clients et les interventions ponctuelles des autres professionnels. »

Amélie Lamonde, infirmière clinicienne en réadaptation et psychogériatrie

Ce projet a valu à Annie Richard, infirmière, chef de l'unité de réadaptation, et à Marie-Claude Lacombe, directrice du programme perte d'autonomie liée au vieillissement, le prix Innovation clinique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Abitibi-Témiscamingue.

## LE DIABÈTE DE A à Z

S'adresse à tous les professionnels de la santé

PARTOUT  
AU  
QUÉBEC

---

**AU QUÉBEC, D'ICI 2020, 1 PERSONNE SUR 3 SERA TOUCHÉE PAR LE DIABÈTE OU LE PRÉDIABÈTE.**

Offrez-vous les outils pour faire face à cette pandémie !

- Consultez notre site internet pour visualiser les villes où nous serons de passage et pour vous inscrire.
- OU
- Parlez-en à vos collègues ou à votre employeur. Réunissez un groupe de 20 personnes et plus, nous ajusterons notre itinéraire pour inclure votre ville. L'inscription de l'organisateur sera gratuite.
- OU
- Pour les employeurs : possibilité d'acheter une soirée de formation complète pour vos employés, contactez-nous.

---

**COÛT DE LA FORMATION :**

4 heures accréditées et .4 UEC (17h30 à 21h30) **90 \$**

**170 \$ pour l'inscription à deux soirées de formation** (10\$ de rabais)

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

www.cliniquesanteoptimale.com  
info@cliniquesanteoptimale.com  
Tél. : 450 494-1876 Téléc. : 450 587-8866



CLINIQUE  
SANTÉ  
OPTIMALE



Membre institutionnel



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

### FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS DE PIEDS

Offerte exclusivement aux membres de l'OIIQ et de l'OIIAQ  
Reconnue par l'Association des infirmières et infirmiers en soins de pieds du Québec

**Formation de 135 heures**

- **Intensive** (trois semaines et demie) **ou**
- **Régulière** (une journée par semaine + deux fins de semaine)

**Pour connaître tous les détails et pour vous inscrire consultez notre site Internet :**



[www.collegemv.qc.ca/fc](http://www.collegemv.qc.ca/fc)  
Domaines d'études : Santé et gériatrie

Tél. : 514 278-3535, poste 5221  
Sans frais : 1 800 700-0623, poste 5221  
Courriel : sdp@collegemv.qc.ca

Nombre d'UEC : 13,5




**Pavillon Bélanger : 767, rue Bélanger, Montréal**

Jean-Talon

Chaudière-Appalaches

# Projet SIPPE Accueil du nouveau-né

**L**inda Champagne, infirmière clinicienne en périnatalité au CLSC Sainte-Marie, a élaboré le projet Accueil du nouveau-né – Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). Son objectif est d'améliorer la collaboration entre l'infirmière et les intervenants du Centre jeunesse. Il vise le suivi des familles vulnérables où les parents présentent un risque sérieux de priver de soins leur enfant en raison de consommation abusive, de dépendance, de problèmes de santé mentale, de violence conjugale, etc.

Le projet pilote Accueil du nouveau-né SIPPE, offert maintenant dans toute la région Chaudière-Appalaches sous l'appellation CONCERTO – Accueil du nouveau-né, a mis en valeur la pertinence d'appliquer un Plan de service individualisé (PSI) prénatal et préventif entre tous les partenaires.

Un suivi intensif multidisciplinaire est offert aux femmes enceintes et à leur famille dès la douzième semaine de grossesse. « Il n'existait pas vraiment de ressources pour ces jeunes femmes en difficulté qui étaient traitées comme toutes autres femmes enceintes. Il manquait un lien entre les partenaires », dit M<sup>me</sup> Champagne.

Dans le cadre de cette approche, la femme enceinte peut demander une évaluation de sa situation et connaître les conséquences légales possibles pour son enfant à naître. Les parents ne se retrouvent plus dans une situation de crise par suite d'une évaluation d'urgence faite par la Direction de la protection de la jeunesse après la naissance de leur bébé.

L'infirmière assure donc un suivi pour aider la femme à vivre sa grossesse en bonne santé et à reconnaître les malaises physiques qui permettront de prévenir des séquelles. Cette concertation permet de mieux planifier le congé de la mère et de son bébé et de leur assurer un retour sécuritaire. ■ **F.F.**

« Le PSI prénatal et préventif donne une chance de plus à l'enfant de ne pas subir les conséquences des facteurs de risques de ses parents et de vivre un meilleur départ. »

Linda Champagne, infirmière clinicienne en périnatalité

Ce projet a valu à Linda Champagne et à son équipe le prix Innovation clinique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches.



**StFX Formation à distance**  
UNIVERSITY

Programmes pour les infirmières autorisées

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



Date limite pour l'admission de septembre 2014: 30 juin.

Le programme post-RN BScN a reçu en 2006 une accréditation de 7 ans de l'ACESI\*  
(\*Association canadienne des écoles de sciences infirmières)

Numéro sans frais: 1 800 565 4371  
Ou: 1 800 588 2246  
Télécopieur: 1 902 867 5154

Le programme est offert en anglais seulement.

**courriel: distance.nursing@stfx.ca**  
**www.stfx.ca/academic/continuinged/nursing.html**

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

- 1 Le soulagement de la douleur**
  - Physiopathologie de la douleur
  - Utilisation des outils d'évaluation
  - Administration sécuritaire des opioïdes
  - Prévention des effets secondaires
- 2 L'accompagnement du malade en fin de vie**
  - Réflexion sur le phénomène du mourir
  - Changements physiques et psychologiques de la fin de vie
  - Communication avec le malade et les proches
  - Soulagement des symptômes.

Pour information et inscription:  
**www.formationfrancehudon.com**  
fhudon12@videotron.ca - 514-364-2756

**Formations disponibles:**  
Montréal, Laval, Longueuil,  
En région selon la demande

Voir le site internet pour les dates  
**www.formationfrancehudon.com**

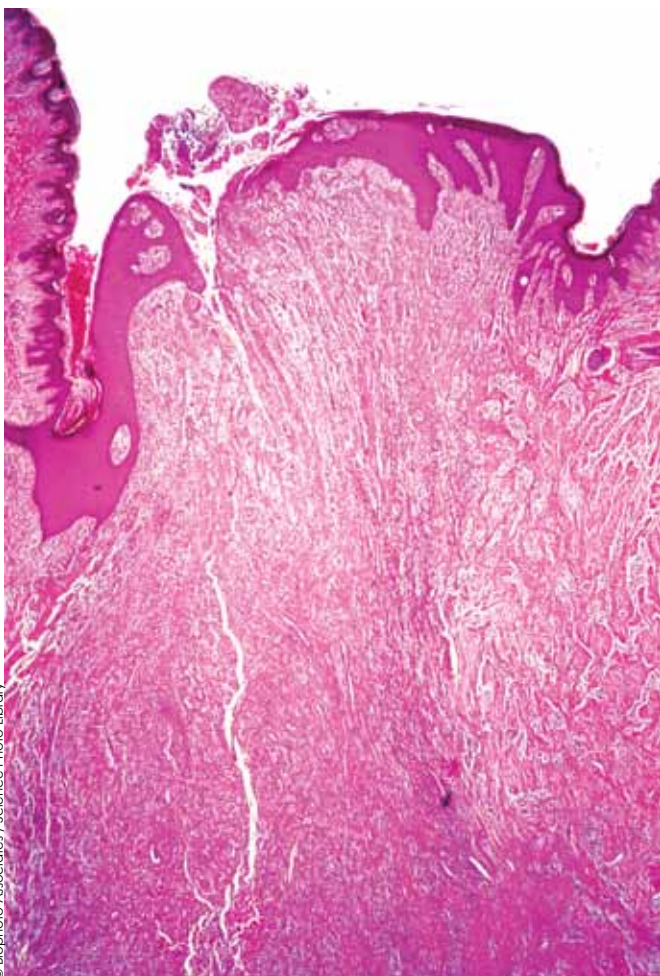


**Formation France Hudon**  
France Hudon  
Infirmière Clinicienne  
Titulaire d'un diplôme d'études supérieures en santé (DESS)  
Chargée de cours à l'Université de Montréal de 2001 à 2013  
Formatrice

# Le sinus pilonidal

Comment favoriser sa cicatrisation et diminuer les récurrences ?  
En guidant ses soins sur les données probantes.

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



Micrographie optique d'un sinus pilonidal sous-cutané comportant plusieurs orifices fistuleux.

**L**e sinus pilonidal (SP) est une affection douloureuse, récidivante qui peut altérer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Son traitement est chirurgical. Après l'excision, la guérison de la plaie requiert en moyenne de deux à six mois et peut parfois prendre plus de deux ans (Harris *et al.*, 2012a). Les soins postchirurgicaux de SP coûtent cher au système de santé.

## Définition

L'adjectif pilonidal est dérivé de deux mots latins, soient « *pilus* » pour poil et « *nidus* » pour nid (Wikipédia, 2014). Les termes abcès pilonidal, kyste pilonidal et fistule sacro-coccygienne sont aussi couramment utilisés pour désigner le sinus pilonidal (Harris *et al.*, 2012a).

En 1880, A.M. Hodges est le premier à décrire cette affection. Elle désigne une cavité sous-cutanée localisée dans la région sacro-coccygienne qui s'infecte et s'écoule par un canal (appelé aussi fistule ou sinus) épithélial situé dans la peau du sillon interfessier. Il peut y avoir plus d'un canal allant dans plusieurs directions dans le tissu sous-cutané (Miller et Harding, 2003 ; Harris *et al.*, 2012a). Le SP contient généralement des poils et des débris cutanés.

Cette affection se manifeste par un érythème dans le pli interfessier ou dans la région sacro-coccygienne, de l'œdème, un écoulement purulent et de la douleur (Harris *et al.*, 2012a).

## Risque

Le SP touche quatre hommes pour une femme. Il affecte 1 % de la population masculine et 0,1 % de la population féminine (Wikipédia, 2014). Une pilosité plus abondante expliquerait l'incidence masculine. Les populations de type caucasien sont plus touchées que celles de type africain ou asiatique : les caractéristiques de la pilosité de ces deux types raciaux expliqueraient ces différences (Miller et Harding, 2003). L'âge de pointe de cette affection est de 19 ans chez la femme et de 22 ans chez l'homme. Le SP est rare avant la puberté et chez les personnes de plus de 40 ans (Miller et Harding, 2003).

Outre l'âge, le sexe et le type racial, d'autres facteurs de risque sont associés au SP, par exemple une occupation sédentaire en position assise est en cause dans 44 % des cas. Durant la Seconde Guerre mondiale, cette affection était tellement fréquente chez les chauffeurs de « Jeep » qu'elle avait été surnommée la « maladie du Jeep ».

Dans 38 % des cas de SP, il y a des antécédents familiaux et dans 50 %, de l'obésité. Enfin, dans 34 % des cas, une irritation locale ou un traumatisme dans la région sacro-coccygienne ont précédé l'apparition des symptômes (Miller et Harding, 2003).

Une affection semblable peut s'attaquer aux mains des coiffeurs et des barbiers. Elle se développe sur la peau interdigitale, humide et endommagée par la pénétration de cheveux.

## Physiopathologie

L'origine du sinus pilonidal n'est pas totalement comprise, mais la majorité des auteurs l'attribue à divers facteurs de risque (Miller et Harding, 2003 ; Harris *et al.*, 2012a). Ces facteurs sont présentés au Tableau 1.

## Le sinus pilonidal touche les jeunes adultes, le plus souvent de sexe masculin.

### Flore microbienne

La proximité de la région anale peut expliquer les espèces bactériennes qui colonisent et infectent le SP. Les bactéries anaérobiques (spécialement les *bactéroïdes* et les *entérocoques*) sont plus nombreuses que les bactéries aérobiques (les *staphylocoques* et le *streptocoque hémolytique*) dans la formation des folliculites et des abcès (Miller et Harding, 2003). Les bactéries anaérobiques sont particulièrement responsables des récurrences et des déhiscences des plaies postopératoires.

### Traitements

#### Traitement conventionnel des SP infectés.

Le traitement conventionnel d'un SP infecté est possible uniquement lorsque la personne consulte rapidement, que sa douleur est tolérable et en l'absence de signes de cellulite. L'administration d'une antibiothérapie à large spectre combinée à une épilation minutieuse de la région pourront enrayer le problème immédiat. La majorité des cas aigus exigent une intervention chirurgicale urgente.

**Traitement chirurgical.** Tous les SP chroniques ou récidivants requièrent une intervention chirurgicale. Il existe plusieurs types d'interventions et leur taux de récurrences respectif varie grandement selon les auteurs (Harris *et al.*, 2012a ; Miller et Harding, 2003).

Les avantages et les inconvénients des diverses options chirurgicales devraient être expliqués à la personne atteinte. Selon les auteurs Miller et Harding (2003), un consentement éclairé permet de choisir un traitement acceptable en fonction :

- De l'inconfort, de l'impact sur l'image corporelle et de l'estime de soi.
- Du taux de complications et de récurrences.
- De la période nécessaire avant de pouvoir retourner au travail et reprendre ses activités sociales.

**Tableau 1 Facteurs de risque du sinus pilonidal**

Hormones	Les hormones sexuelles produites en plus grande quantité au moment de la puberté jusqu'à leur déclin progressif à partir de la quarantaine augmentent la production de sueur dans les glandes pilosébacées.
Pointes des poils corporels et débris	La pointe de poils, les poils incarnés ou de petits débris pénètrent dans le derme par les follicules pileux dilatés qui sont situés dans le sillon interfessier ou encore dans le site de l'exérèse chirurgicale d'un précédent SP. Cette pénétration d'un corps étranger déclenche une réaction inflammatoire.
Pression/friction	La pression et les frictions répétées dans la région sacro-coccygienne et le frottement des fesses l'une contre l'autre contribuent à la dilatation des follicules pileux et au bris des poils à leur base dans le derme.
Bouchons de kératine des follicules pileux	Les mêmes forces mécaniques (pression et friction) font pénétrer de la kératine dans les pores dilatés qui, en les obstruant, provoquent leur inflammation (folliculite).
Infection	L'infection se répand dans les follicules pileux causant des abcès dans les tissus sous-cutanés. Avec le temps, un abcès chronique se forme et un canal (appelé sinus) se développe pour drainer sa cavité. La présence d'une cavité abcédée profonde, d'un milieu humide abondamment contaminé par des bactéries, en plus de poils et de débris divers causent des infections récidivantes qui produisent des écoulements et de la douleur.

Adapté de Harris *et al.*, 2012a et de Miller et Harding, 2003.

### Les types d'interventions chirurgicales

Le Tableau 2 présente les trois interventions chirurgicales les plus fréquemment pratiquées et leur risque de récurrences. Les chirurgies pour le SP peuvent être pratiquées sous anesthésie locale ou générale selon l'ampleur de l'intervention et l'état clinique de la personne. Du côté médical, la littérature compare encore les avantages et inconvénients de la cicatrisation d'une plaie laissée ouverte

comparativement à celle d'une plaie fermée par des points de suture.

**1. Incision, drainage et curetage.** Cette intervention est simple. Il s'agit de pratiquer une incision elliptique de l'abcès, de drainer la cavité et de procéder au curetage du sinus. Le chirurgien doit s'assurer que l'incision est légèrement décalée par rapport au pli interfessier et que sa taille est suffisamment grande pour permettre de remplir la cavité avec une mèche.



© Girard/RSIP / Science Photo Library

Sinus pilonidal non infecté comportant deux canaux.



© D. P. Marazzi / Science Photo Library

Sinus pilonidal abcédé.

**Tableau 2** Types d'interventions chirurgicales et taux de récurrences

Types d'interventions	Taux de récurrences en %
Incision, drainage et curetage du sinus	40-60 %
Excision et fermeture primaire de la plaie	37 %
Excision large et fermeture par deuxième intention de la plaie	8-43 %

Traduction libre et adaptation de Harris et al. 2012a.

Il est important de souligner que lorsque le sinus avait fait l'objet d'un curetage après son ouverture, 90 % des plaies étaient cicatrisées un mois après l'intervention comparativement à 58 % dix semaines après une intervention sans curetage (Miller et Harding, 2003). Les récurrences associées à ce type d'intervention chirurgicale sont fréquentes, soit de 40 à 60 %.

**2. Excision et fermeture primaire de la plaie.** Le SP est incisé, drainé, et un curetage est pratiqué, ainsi que l'excision des autres petits sites dilatés qui pourraient s'infecter ultérieurement. La plaie est suturée.

Pour plusieurs, cette option chirurgicale est plus acceptable esthétiquement, elle requiert moins de temps à cicatriser et permet de retourner rapidement au travail (Miller et Harding, 2003). Par contre, son taux de récurrences est de 37 %.

Une revue systématique de la littérature faite par McCallum et ses collaborateurs en 2008 a clairement démontré que les plaies fermées latéralement adjacentes au pli

interfessier étaient moins récurrentes que celles situées directement dans ce pli. Il faut aussi mentionner que si la plaie s'infecte, elle devra possiblement être réouverte et cicatriser par deuxième intention (Miller et Harding, 2003).

**3. Excision large et fermeture par deuxième intention.** Une zone elliptique de tissus est prélevée jusqu'au fascia présacré. Elle doit inclure tous les tissus enflammés ainsi que tous les débris. La taille de l'ouverture pratiquée doit être assez grande pour faciliter l'insertion d'un pansement qui permettra à la plaie de granuler de sa base, de se combler et de se fermer.

Cette intervention a un taux inférieur de récurrences, mais la cicatrisation requiert de huit à dix semaines ou plus (Harris et al., 2012a).

## SOINS DE LA PLAIE

### Cicatrisation

L'infection retarde la cicatrisation d'une plaie. D'autres facteurs prolongent le temps de guérison : une hygiène déficiente, les propriétés

du pansement, des activités qui augmentent la friction et le cisaillement sur le site de la plaie et l'obésité (Harris et al., 2012a).

Dans un article publié en 2012, les chercheuses Connie Harris and Samantha Holloway ont réalisé une revue exhaustive de la littérature qui a permis de déterminer les facteurs favorables à la cicatrisation optimale d'une plaie ouverte après l'excision d'un SP et ceux qui étaient nuisibles. Les auteures ont ensuite élaboré un algorithme et un protocole de soins pour traiter ces plaies. La Figure 1 présente cet algorithme basé sur les données probantes et l'opinion d'experts. Chacun de ces points clés seront décrits par la suite.

### Traiter la cause

Après l'intervention chirurgicale, il est important de surveiller l'équilibre microbien de la plaie, car une infection pourrait passer inaperçue en l'absence de signes cardinaux (rougeur, chaleur, œdème, douleur).

Plusieurs signes moins connus peuvent indiquer la présence d'une infection superficielle ou profonde. Ils ont été décrits, publiés et validés et composent les acronymes NERDS® et STONEES® qui aident à les mémoriser (Sibbald et al., 2006 ; Woo et Sibbald, 2009) (voir Tableau 3).

La présence d'au moins trois de ces signes dans l'un ou l'autre des groupes de symptômes signale une infection superficielle ou profonde et requiert un



Plaie après incision, drainage et curetage.



Fermeture primaire d'un SP.



Excision large du SP avec plaie ouverte pour cicatrisation de deuxième intention.

## L'infection se développe dans les follicules pileux du pli interfessier.

antibiogramme et une culture semi-quantitative (technique de Levine) pour les bactéries aérobiques et anaérobiques.

Dans le cas d'une infection superficielle (NERDS®), l'utilisation de produits antimicrobiens ou d'antibiotiques topiques est recommandée. Dans le cas d'une infection profonde (STONEES®), une antibiothérapie systémique à large spectre (orale ou parentérale) est alors requise (Harris et al., 2012b).

### Soins locaux de la plaie

**Position du client.** Les positions latérale et ventrale ne favorisent pas la visualisation de l'intérieur de la plaie, car la personne peut facilement contracter ses muscles fessiers. La position ventrale dite *jackknife* est recommandée. La personne est couchée sur le ventre et un ou deux oreillers sont placés sous son bas-ventre. Elle peut contribuer à la procédure en écartant ses fesses avec ses mains. De cette façon, il est plus facile de vérifier l'état de la plaie et de voir si des poils ou des débris de pansements s'y trouvent.

**Nettoyage de la plaie.** Un nettoyage à haute pression peut être pratiqué en utilisant une seringue de 30 ml munie d'un cathéter intraveineux de calibre 19 ou à l'aide d'une bouteille de solution saline unidose contenant de 100 à 150 ml et munie d'un embout donnant une pression de 7 à 12 livres par pouce carré. La solution devrait être à la température ambiante pour éviter de refroidir la plaie et de causer de l'inconfort (Harris et Holloway, 2012b).

### Soin de la peau environnante

**Épilation.** Il est important qu'une bande de 5 cm soit rasée autour de la plaie au moins une fois par semaine, ou plus souvent si la pilosité est dense et la repousse rapide. Un rasoir conçu pour une ligne bikini avec une tête pivotante est idéal. Après la cicatrisation, des méthodes plus

Figure 1 Algorithme d'un protocole de soins de plaies de sinus pilonidal

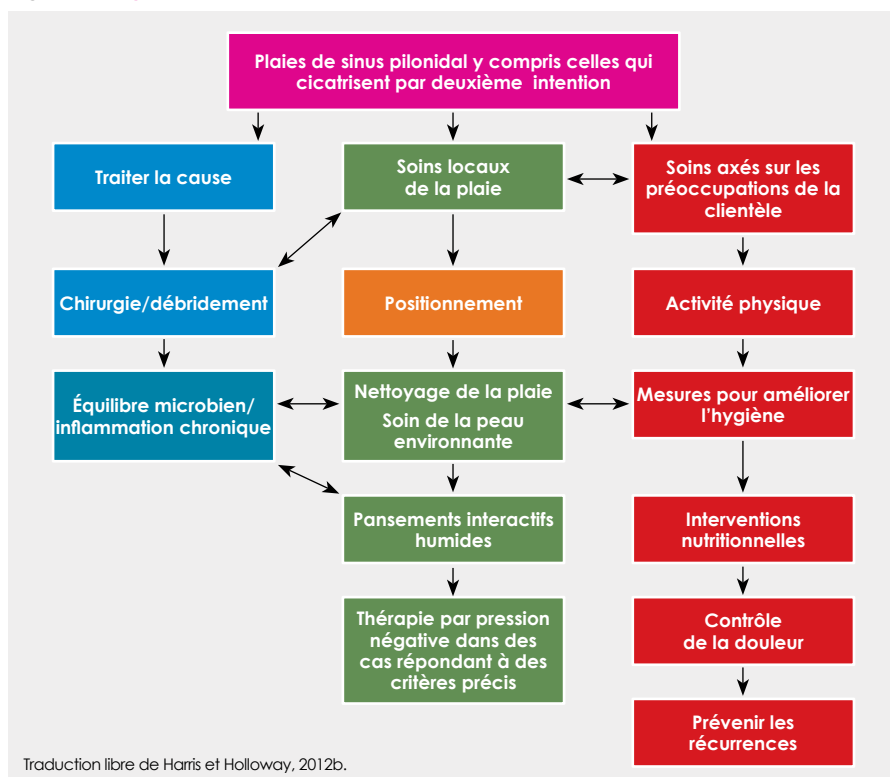


Tableau 3 Signes d'infections superficielles ou profondes

Infection superficielle		Infection profonde	
<b>N</b>	Ne guérit pas ou retard dans la cicatrisation.	<b>S</b>	« Size » : la taille de la plaie augmente.
<b>E</b>	La quantité d'exsudat séreux augmente.	<b>T</b>	Température augmente lorsque les bords de la plaie sont palpés avec une main gantée ou élévation de 3°F avec un thermomètre infrarouge du site controlatéral.
<b>R</b>	Rouge : le tissu de granulation est rouge, friable et saigne facilement.	<b>O</b>	L'os est palpé ou il est exposé dans le lit de la plaie.
<b>D</b>	Décoloration du tissu de granulation, présence de débris et de tissus nécrotiques à la surface de la plaie.	<b>N</b>	Nouvelles plaies autour de la plaie primaire.
<b>S</b>	Senteur désagréable causée par l'activité bactérienne et la nécrose tissulaire.	<b>E</b>	De l'érythème et de l'œdème sont présents (cellulite).
		<b>E</b>	L'exsudat purulent ou sanguin et purulent augmente.
		<b>S</b>	La senteur désagréable indique généralement la présence de bactéries Gram négatif, de bactéries anaérobiques ou des deux espèces.

Traduction libre et adaptation de Woo et Sibbald, 2009 et de Landis et al., 2007.



© Diane St-Cyr

Application d'un pansement de forme adaptée à la région sacro-coccygienne. En moulant le pli interfessier, il diminue les risques de contamination exogène.

permanentes d'épilation pourraient être envisagées, le laser par exemple, mais d'autres recherches sont nécessaires pour observer l'incidence des récurrences à long terme (Harris et Holloway, 2012b).

**Désinfection.** Une bande de peau de 5 cm autour de la plaie doit être désinfectée à l'aide d'une solution de chlorhexidine 0,5 %. Après avoir appliqué des gazes humidifiées de solution saline sur la plaie pour la protéger, des compresses imprégnées de chlorhexidine seront mises en place autour de la plaie pendant une minute, ou cinq minutes pour une plaie infectée de *Pseudomonas* (Harris et Holloway, 2012b). Cette solution étant incolore, elle ne risque pas de masquer les signes d'inflammation. Son contenu d'alcool peut toutefois provoquer une sensation de brûlure. Une solution de proviodine iodée peut aussi être utilisée si la personne réagit mal à la chlorhexidine (Harris *et al.*, 2012a).

**Pansements interactifs humides.** Les pansements à base d'alginate et les pansements hydrofibres sont privilégiés parce qu'ils sont souples et adhérents et qu'ils minimisent la friction et le cisaillement. Quant aux hydrogels, ils peuvent être utilisés pour des plaies sèches qui présentent une couche épaisse de tissus nécrotiques humides. Il faut préciser qu'il ne faut pas remplir la cavité d'hydrogel. Les pansements mous peuvent servir de pansement secondaire (Harris *et al.*, 2012a).

Un pansement souple s'insère bien dans le pli interfessier et est



© Dr P. Marazzi / Science Photo Library

En processus de cicatrisation, les pourtours de cette plaie auraient dû être rasés, car ils représentent un risque d'inflammation chronique.

confortable pour le patient. Certains pansements adaptés à la région sacro-coccygienne peuvent réduire les risques de contamination exogène. Une attention particulière doit être apportée au moment de leur application pour qu'ils soient déposés bien au fond du pli afin de sceller la plaie de la région anale (voir Photo).

En présence de contamination fécale exogène ou d'infection, les produits et pansements antimicrobiens sont recommandés. Les quatre principaux antimicrobiens utilisés sont l'iode, le polyhexaméthylène biguanide (PHMB), l'argent et le miel (Harris *et al.*, 2012b).

Une petite quantité de pâte d'hydrocolloïde, généralement utilisée pour les soins de stomies, peut être appliquée dans le pli interfessier pour optimiser l'adhésion du pansement et empêcher l'infiltration de selles dans la plaie (Harris et Holloway, 2012b ; Harris *et al.*, 2012a).

Il faut éviter les pansements qui formeraient une masse dure dans le pli ou la cavité tels que les pansements humides au NaCl 0,9 % ou ceux imprégnés de paraffine. Leur durcissement risque de provoquer de la friction et de l'inflammation (Harris et Holloway, 2012b).

**Thérapie par pression négative.** Selon Harris et Holloway (2012b), la thérapie par pression négative (TPN) doit être envisagée seulement si le client répond aux critères suivants :

- Les principes de la préparation du lit de la plaie, soit le débridement, le

contrôle microbien et les soins pour faciliter la cicatrisation en milieu humide, ont été appliqués durant quatre semaines et la dimension de la plaie n'a pas diminué de 30%. Le client et le médecin doivent consentir à une TPN.

- La TPN peut être envisagée plus rapidement pour traiter une personne obèse.
- La TPN pourrait aussi convenir :
  - aux clients dont le SP est de grande taille et dont le délai de cicatrisation estimé est d'au moins six à huit semaines avec des pansements interactifs.
  - aux clients dont la qualité de vie est compromise par les délais de convalescence liés aux traitements conventionnels (six semaines).
  - pour une plaie dont la grande quantité d'exsudat affecte l'efficacité des soins et l'intégrité cutanée ou la qualité de vie du client.

Les auteures recommandent aussi de cesser la TPN lorsque :

- la plaie est stable, saine, montrant 100 % de granulation et dont l'épithélialisation est amorcée.
- la plaie est exempte d'inflammation et d'infection, sans tissus nécrotiques, son humidité est équilibrée et ses bords sains.

### Soins axés sur les préoccupations de la clientèle

Cette branche de l'algorithme se concentre sur les aspects qui affectent la personne ayant une plaie postopératoire de SP afin d'améliorer sa qualité de vie et de favoriser une cicatrisation rapide tout en minimisant les récurrences (Harris et Holloway, 2012b).

**Activité physique.** Durant la cicatrisation, les activités physiques doivent être limitées pour éviter la friction, le cisaillement et l'humidité entre les fesses. Même la marche et une position assise prolongée sont déconseillées. Si l'activité physique quotidienne est essentielle, il faudra évaluer les avantages contre les risques d'un traumatisme à la plaie et d'un retard de cicatrisation. Le

port de pantalons amples en période postopératoire réduit la friction.

Une fois la plaie cicatrisée, la clientèle doit être avertie que les tissus néoformés sont fragiles et que la plaie pourrait s'ouvrir de nouveau si des traumatismes causés par de la friction ou du cisaillement se produisent dans les premières semaines.

**Mesures d'hygiène.** Les pansements qui sont trempés d'exsudat ou souillés par des matières fécales dégagent une mauvaise odeur. Il faut enseigner au client que son pansement doit être sec et propre en tout temps. S'il est souillé ou mouillé, il doit être changé. Le patient devra nettoyer sa plaie de la manière qu'on lui a enseignée, assécher la région et appliquer un nouveau pansement.

Pouvoir prendre une douche après chaque selle serait idéal, sinon au moins une quotidiennement. Le pansement est enlevé avant la douche ou le bain de siège. L'emploi de la douche-téléphone est fortement encouragé pour irriguer l'intérieur de la plaie et chasser les résidus de savon, de shampoing et autres débris. Les bains ne sont pas permis. Si le médecin a prescrit des bains de siège, il est préférable de les prendre après une selle et ils ne devraient pas durer plus de cinq minutes. La région doit ensuite être asséchée avant d'appliquer le pansement comme l'a enseigné l'infirmière (Harris et Holloway, 2012b).

**Interventions nutritionnelles.** Durant la cicatrisation, un régime équilibré est recommandé pour optimiser la guérison de la plaie. Une diète riche en protéines stimule la cicatrisation. Un apport accru d'aliments riches en vitamine C ou la prise quotidienne d'un supplément de 1 000 mg est une mesure nutritionnelle préconisée. Un apport d'aliments riches en zinc ou la prise quotidienne d'un supplément n'excédant pas 40 mg de zinc pour les personnes de 19 ans et plus est aussi recommandé.

Une fois la plaie fermée, le client doit diminuer son indice de masse corporelle à moins de 30 pour réduire son risque de récurrences (Harris et Holloway, 2012b).

**Contrôle de la douleur.** Une mauvaise gestion de la douleur altère considérablement la qualité de vie des

convalescents. Elle prolonge l'absence au travail ou aux études, perturbe le sommeil et diminue l'appétit. Elle peut même aller à l'encontre des soins en suscitant une réaction défensive chez le patient qui refuserait, par exemple, qu'une mèche soit insérée dans la cavité de sa plaie (Harris et Holloway, 2012a).

Par ailleurs, les narcotiques peuvent provoquer de la somnolence et donc causer un problème à la personne qui doit conduire son véhicule pour recevoir ses soins. Aussi, la constipation, un effet secondaire commun des analgésiques narcotiques, peut exacerber la douleur et dissuader la personne de les prendre (Harris et Holloway, 2012a).

Des analgésiques non narcotiques pris régulièrement, des soins exécutés en douceur en utilisant des produits qui minimisent les ulcérations du lit de la plaie et qui réduisent la fréquence des changements de pansements peuvent diminuer l'intensité de la douleur pendant la réfection du pansement (Harris et Holloway, 2012a).

**Prévention des récurrences.** À cause de la nature récidivante des SP, l'enseignement de quelques mesures de prévention est essentiel. Une fois la plaie cicatrisée, il est bon de rappeler l'importance de se doucher ou de prendre un bain quotidiennement, et même plus d'une fois si la transpiration est abondante. Un nettoyeur antimicrobien peut être utilisé. Le pli interfessier doit être asséché en le tapotant avec une serviette et non pas en frottant. En fait, il est bon d'éviter toute friction vigoureuse de la région sacro-coccygienne. Il faut aussi s'assurer que le pli interfessier est exempt de poils, du moins jusqu'à ce que la personne sujette au SP ait dépassé l'âge de 40 ans.

Le sinus pilonidal est une affection fréquente, douloureuse, récidivante et astreignante. Son traitement comporte des enjeux économiques, d'une part pour le patient à cause d'une longue convalescence et, d'autre part, pour le réseau de la santé en raison des ressources mobilisées et de la fréquence des soins postopératoires. Soigner les plaies de SP en se basant sur les données probantes accélère la cicatrisation et minimise les récurrences. ■

## L'auteure



### Diane St-Cyr

est infirmière stomothérapeute. Elle donne des formations et agit à titre de consultante auprès de différents établissements. Elle a fondé sa propre entreprise. Elle travaille aussi au CSSS du Sud-Ouest-Verdun et au Centre de stomie Premier, de Montréal.

## Bibliographie

- Al-Khamis, A., I. McCallum, P.M. King et J. Bruce. « Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, 20 janv. 2010, p. Cd006213. [En ligne : [http://cochrane.fr/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=4367&recherche=&Itemid=537](http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=4367&recherche=&Itemid=537)]
- Harris, C.L. et S. Holloway. « Development of an evidence-based protocol for care of pilonidal sinus wounds healing by secondary intent using a modified reactive Delphi procedure. Part one: the literature review », *International Wound Journal*, vol. 9, n° 2, avril 2012a, p. 156-172.
- Harris, C.L. et S. Holloway. « Development of an evidence-based protocol for care of pilonidal sinus wounds healing by secondary intent using a modified reactive Delphi procedure. Part two: methodology, analysis and results », *International Wound Journal*, vol. 9, n° 2, avril 2012b, p. 173-188.
- Harris, C.L., K. Laforet, R.G. Sibbald et R. Bishop. « Twelve common mistakes in pilonidal sinus care », *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 25, n° 7, juil. 2012a, p. 324-332
- Harris, C., K. Laforet et R.G. Sibbald. « Les sinus pilonidaux : étiologie et prise en charge fondée sur des données probantes », *Wound Care Canada*, vol. 10, n° 1, hiver 2012b, p. 30-32. [En ligne : [www.bluetoad.com/publication/?i=106483&p=28](http://www.bluetoad.com/publication/?i=106483&p=28)]
- Landis, L., S. Ryan, K. Woo et R.G. Sibbald. « Infection in chronic wounds », in D. Krasner, G.T. Rodeheaver et R.G. Sibbald (ss la dir. de), *Chronic Wound Care: A Clinical Source Book for Healthcare Professionals* (4<sup>e</sup> éd.), Wayne (PA), HMP Communications, 2007, p. 299-321.
- Lund, J.N. et S.H. Leveson. « Fibrin glue in the treatment of pilonidal sinus: results of a pilot study », *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 48, n° 5, mai 2005, p. 1094-1096.
- McCallum, I.J., P.M. King et J. Bruce. « Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis », *British Medical Journal*, vol. 336, n° 7649, 19 avril 2008, p. 868-871.
- Miller, D. et K. Harding. « Pilonidal sinus disease », *World Wide Wounds*, déc. 2003. [En ligne : [www.worldwidewounds.com/2003/december/Miller/Pilonidal-Sinus.html](http://www.worldwidewounds.com/2003/december/Miller/Pilonidal-Sinus.html)]
- Pilonidal Support Alliance : [www.pilonidal.org/](http://www.pilonidal.org/)
- Sibbald, R.G., K. Woo et E.A. Ayello. « Increased bacterial burden and infection: the story of NERDS and STONES », *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 19, n° 8, oct. 2006, p. 447-461.
- Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Kyste pilonidal », 13 janv. 2014. [En ligne : [http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kyste\\_pilonidal&oldid=100211674](http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Kyste_pilonidal&oldid=100211674)]. (Page consultée le 28 janv. 2014.)
- Woo, K.Y. et R.G. Sibbald. « A cross-sectional validation study of using NERDS and STONES to assess bacterial burden », *Ostomy/Wound Management*, vol. 55, n° 8, août 2009, p. 40-48.

# Les saignements irréguliers

Maîtrise des effets secondaires des pilules combinées.

Collaboration spéciale\*



© Kofii1313 / Dreamstime.com

**A**riane, 24 ans, étudiante à l'université, vous consulte pour obtenir une méthode contraceptive. Elle habite chez ses parents, mais sa relation avec eux est assez tendue. Ils sont traditionalistes et ne peuvent concevoir que leur fille ait des relations sexuelles avant le mariage. Cela ne lui avait pas posé de problème jusqu'à ce qu'elle rencontre un nouvel ami qu'elle fréquente maintenant depuis deux mois. Ariane n'a pas eu de relations sexuelles avec lui, mais elle sait que ça ne saurait tarder. Elle veut prévenir une éventuelle grossesse.

*Vous appliquez la démarche habituelle et utilisez le questionnaire préparé par l'OIIQ en collaboration avec l'INSPQ : Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale ou le stérilet. Vous évaluez son état de santé, la questionnez sur le type de contraception qu'elle souhaite et vous vous assurez de l'absence de contre-indications.*

Ariane désire prendre la pilule. Elle est en bonne santé et ne présente aucune contre-indication aux méthodes contraceptives. Elle ne prend pas de médicament et n'a pas le souvenir d'en avoir déjà pris. Elle a eu deux partenaires sexuels dans le passé avec qui elle a utilisé des condoms.

**Les saignements vaginaux irréguliers sont un effet secondaire fréquent au début d'une contraception hormonale combinée. Il est important de donner cette information pour éviter des inquiétudes et l'arrêt de la contraception. Par ailleurs, il est essentiel de vérifier la possibilité d'une autre cause, surtout lorsque les saignements persistent, ou encore s'ils débutent après les trois premiers mois d'utilisation des COC.**

*Vous n'avez décelé aucune contre-indication. Vous proposez donc à Ariane différentes méthodes et vérifiez si elles sont compatibles avec son style de vie. Vous lui demandez également si elle bénéficie d'une assurance médicaments privée ou du régime public.*

Comme elle a un horaire régulier, Ariane est certaine de pouvoir intégrer la prise d'une pilule dans sa routine quotidienne. Elle croit que ses parents bénéficient de l'assurance médicaments du gouvernement, mais elle ne veut pas qu'ils sachent qu'elle utilisera un contraceptif. Toutefois, elle peut difficilement supporter le coût de contraceptifs, car son budget est serré.

*Vous informez Ariane du fait que le régime public d'assurance médicaments s'adresse aussi aux personnes âgées de 18 à 25 ans qui étudient à temps plein dans un établissement reconnu par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, qui sont sans conjoint et domiciliées chez leurs parents. Les parents de ces étudiants doivent contacter la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les inscrire. En fait, tous les jeunes adultes répondant aux critères établis par la RAMQ devraient savoir qu'ils peuvent maintenir leur inscription après 18 ans. Les parents ne reçoivent pas de relevé de leurs médicaments. Vous initiez donc la contraception pour Ariane en lui prescrivant une pilule combinée, aussi appelée contraceptif oral combiné (COC). Vous lui expliquez le mode d'emploi, les effets secondaires, les signes de danger, les avantages et la conduite à tenir en cas d'oubli. Ariane doit revenir vous voir d'ici trois mois.*

Avant sa prochaine consultation, elle fera la démarche auprès de ses parents pour être admise au régime public d'assurance médicaments. Elle n'est aucunement tenue de leur indiquer qu'elle désire se procurer des contraceptifs.

## Les saignements

Ariane vous contacte six semaines plus tard. Elle veut arrêter de prendre ses contraceptifs, car elle a des saignements vaginaux. Elle se demande même si sa pilule la protège vraiment.

Les saignements attribuables à la prise de contraceptifs oraux sont plus fréquents durant la période initiale de trois mois. En effet, de nombreuses femmes ont des saignements irréguliers pendant les trois premiers mois de la prise de contraceptifs oraux. De plus, la survenue de ces saignements justifie la vérification d'autres éléments de la collecte de données (voir Encadré 1). Un suivi après trois mois est important.

Vous apprenez qu'Ariane n'a pris aucun autre médicament ni produit naturel. L'oubli de comprimés étant une cause fréquente de saignements, Ariane vous assure qu'elle prend sa pilule quotidiennement et régulièrement. Elle a eu un saignement de retrait normal à l'arrêt de la prise d'hormones (21 jours avec hormones et 7 jours sans), n'a eu ni diarrhées ni vomissements et elle ne fume pas. Elle n'a qu'un seul partenaire

sexuel et ils n'utilisent pas de condom. Avant elle, il a eu deux autres partenaires. Il n'a jamais passé de tests de dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ne se croyant pas à risque. Ariane n'a aucun symptôme d'ITSS. Ses saignements ont cessé depuis quelques jours.

*Après avoir vérifié ses facteurs de risque d'ITSS, en particulier la chlamydia et la gonorrhée, vous lui proposez un dépistage. Elle a été vaccinée contre l'hépatite B et le VPH. Par ailleurs, elle est d'accord pour attendre avant de changer de méthode contraceptive et se dit rassurée.*

Trois mois plus tard, Ariane revient. Parce qu'elle avait recommencé à saigner irrégulièrement, elle a cessé de prendre sa pilule. Son copain était en stage à l'extérieur du pays. Elle aimerait reprendre un contraceptif oral avant qu'il revienne et préférerait essayer une autre sorte plutôt que de changer de méthode.

*Le dépistage des ITSS est négatif. Comme elle commence de nouveau une contraception hormonale, l'ordonnance collective de contraception hormonale et du stérilet s'applique. Vous regardez les options avec elle.*

*Aucune des causes identifiables de saignements n'étant retenue dans son cas (voir Encadré 1), la raison la plus probable est une atrophie de l'endomètre liée à une dose trop faible d'œstrogène ou à la puissance du progestatif. Il est alors possible d'augmenter la teneur en œstrogène ou de changer de type de progestatif ou de méthode (voir Encadré 2). Ariane prenait un COC de 20 µg d'œstrogène. Vous initiez un COC avec une plus forte teneur en œstrogène tel que le précise l'OC locale.*

Trois mois plus tard, à la rencontre de suivi, Ariane est enchantée. Elle n'a eu que de petites taches au début de la prise de la première plaquette.

Six mois plus tard, Ariane vous appelle. Elle veut encore changer de COC. Ses saignements ont repris.

*Vous reprenez les questions du formulaire d'évaluation.*

Ariane raconte avoir souffert d'une vilaine gastro-entérite qui lui a causé des vomissements et des diarrhées pendant près de quatre jours alors qu'elle entamait sa dernière plaquette de comprimés. Comme elle n'avait pas eu de relations sexuelles pendant sa gastro, elle a poursuivi la prise de ses contraceptifs sans prendre d'autres mesures de protection. Elle entreprend demain la période sans hormones de son cycle contraceptif.

Des vomissements ou de la diarrhée sur une période prolongée ont le même effet qu'un oubli de contraceptif. Et selon les directives en cas d'oubli, Ariane aurait dû prendre rapidement une contraception orale d'urgence et utiliser une contraception d'appoint durant les sept jours suivants. Elle risque maintenant une grossesse non planifiée. Si elle n'a pas de saignement de retrait ou s'il est anormal, un test de grossesse sera nécessaire. ■

\* **Les auteurs :** Cet article est soumis par un groupe d'experts en planning familial. De l'INSPQ : **Françoise Gendron, Jocelyn Bérubé, Louise Charbonneau, Édith Guilbert, Mathieu Lebœuf, Sylvie Ouellet, Catherine Risi, Geneviève Roy, Marc Steben, Marie-Soleil Wagner.** De l'OIIQ : **Shirley Lussier, Renée-Claude Martin.**

ENCADRÉ 1

## À vérifier si les saignements d'une cliente prenant des COC persistent plus de trois mois

### Évaluer :

- Observance : raison la plus importante
- Risque de grossesse : test de grossesse
- Tabagisme, la nicotine augmentant le catabolisme des œstrogènes : counseling antitabac
- Risque d'ITSS : examens de dépistage des ITSS

### Diriger la cliente vers le médecin :

- Infection gynécologique (ITSS, cervicite, endométrite, etc.)
- Interaction médicamenteuse
- Troubles gastro-intestinaux
- Autre raison d'ordre médical
- Demande de changement de COC

ENCADRÉ 2

## Maîtriser les saignements causés par les COC

### Si aucune autre cause du saignement n'est trouvée, vous pouvez :

- donner un COC à plus forte teneur en œstrogène
- changer de famille de progestatifs
- sur ordonnance médicale seulement, « rebâtir » l'endomètre en ajoutant au COC un œstrogène pour une période limitée :
  - Prémarine 0,625 mg/jour (ou l'équivalent) pendant 21 jours, ou
  - Prémarine 1,25 mg/jour (ou l'équivalent) pendant 7 jours (de préférence les 7 derniers jours)

*Ces mesures s'appliquent sur une période allant de un à trois cycles menstruels.*

## Les adresses utiles

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale ou le stérilet.* [En ligne : [www.oiiq.org/sites/default/files/8378-formulaire-contraception\\_web.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/8378-formulaire-contraception_web.pdf)]

Institut national de santé publique du Québec. *Algorithme décisionnel – Oubli de contraceptif hormonal combiné.* [En ligne [www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/OCC-ALGOdecisionnel.pdf](http://www.inspq.qc.ca/asp/docs/ContraceptionHormonale/OCC-ALGOdecisionnel.pdf)]

Questions sur la contraception ? Soumettez vos questions sur la contraception à l'adresse courriel suivante : [planningfamilial@inspq.qc.ca](mailto:planningfamilial@inspq.qc.ca)

Régie de l'assurance maladie du Québec. *Assurance médicaments : inscription ou désinscription.* [En ligne : [www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicalements/Pages/inscription-desinscription.aspx](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicalements/Pages/inscription-desinscription.aspx)]

# Mal de gorge *Dites Ahhhh!!!*

## Un examen clinique ciblé

Par **Lyne Cloutier**, inf., Ph.D., **Pascale Bisson**, étudiante en médecine, **Josyane Pinard**, inf., B.Sc.



© Bowie15 / Dreamstime.com

Le mal de gorge est un symptôme bien connu des professionnels de la santé. Il est une raison fréquente de consultation en clinique. Le mal de gorge se décrit comme un picotement, un assèchement, une irritation ou une inflammation du pharynx, la plupart du temps causé par une infection touchant la muqueuse pharyngienne. Le seul fait de respirer, de parler ou d'avaler peut provoquer de la douleur.

### Pourquoi se soucier d'un mal de gorge ?

Parce qu'il est un symptôme de plusieurs maladies, entre autres de la

rhinite, la pharyngite, l'amygdalite, la mononucléose infectieuse et les oreillons. Savoir reconnaître les signes et les symptômes caractéristiques de chacune de ces maladies permet de déterminer quelle sera l'intervention la plus efficace pour répondre aux besoins du patient et éviter le développement de complications sérieuses, par exemple un rhumatisme articulaire aigu (RAA) ou une glomérulonéphrite aiguë (Hockenberry et Wilson, 2012). Rappelons que 85% des maux de gorge sont dus à une infection d'origine virale et 15%, d'origine bactérienne.

### Innervation sensitive et motrice de la langue

La langue est innervée par trois nerfs crâniens. Elle possède une double innervation sensorielle avec le nerf VII dans le deux tiers antérieurs, le nerf IX pour le tiers postérieur et une innervation motrice par le nerf XII.

### Rappel anatomique

Le **pharynx** : Communément appelé gorge, le pharynx est un conduit qui relie le nez et la bouche au larynx. Il va de la base du crâne jusqu'à la sixième vertèbre cervicale et se divise en trois parties (voir Figure 1) :

- Le **nasopharynx** est situé au-dessus du voile du palais, il est en fait l'arrière-nez. Il comprend les orifices postérieurs des fosses nasales, les choanes. On y trouve l'orifice des trompes d'Eustache qui drainent les cavités de l'oreille moyenne.
- L'**oropharynx** va du nasopharynx jusqu'à la base de la langue. Il permet le passage de l'air et de la nourriture alors que la partie supérieure du pharynx, le nasopharynx, ne laisse passer que l'air.
- Le **laryngopharynx** se trouve entre l'oropharynx et l'os cricoïde. Il aboutit au larynx.

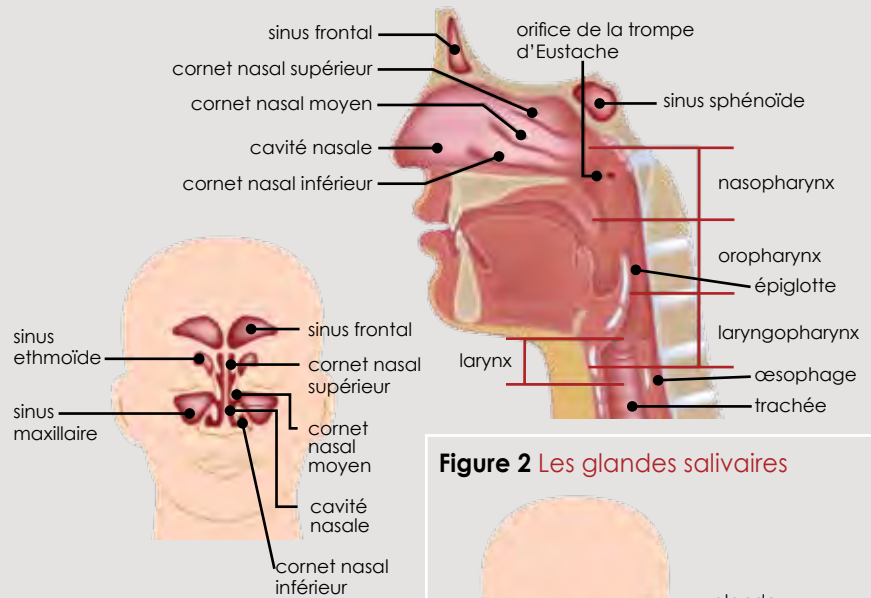
**Le nez** : Le nez fait partie des voies aériennes supérieures. En plus de ses fonctions olfactives, il joue un grand rôle dans la ventilation, principalement en réchauffant et en humidifiant l'air. Le squelette nasal est constitué par une partie osseuse et une partie cartilagineuse. Ces parties sont soutenues par une cloison qui sépare le nez et crée les deux fosses nasales. Ces dernières sont recouvertes par une muqueuse. Les reliefs osseux de la paroi externe des fosses nasales forment les cornets. On en compte trois de chaque côté : inférieur, moyen et supérieur. Entre les cornets, il y a des orifices appelés méats. Le méat inférieur accueille le canal lacrymal et permet de drainer les larmes dans le nez. Le méat moyen permet le drainage des sinus antérieurs : frontal, maxillaire et partie antérieure du sinus ethmoïdal. Le méat supérieur draine les sinus supérieurs : sphénoïde et partie postérieure du sinus ethmoïdal (voir Figure 1).

**La bouche :** La bouche comprend plusieurs éléments (voir Figure 3). D'abord, le palais qui se divise en deux : le palais osseux en position antérieure et le palais mou, composé de muscles, en position postérieure. La luette se situe à l'extrémité du palais (Brûlé *et al.*, 2002). La langue, organe musculaire, tient un rôle dans la mastication, la phonation, la déglutition et la perception des saveurs grâce aux papilles gustatives. La bouche contient aussi trois paires de glandes salivaires (voir Figure 2). Les premières, les glandes parotides, sont les plus volumineuses. Elles se situent à l'avant de l'oreille et se drainent au niveau de la 2<sup>e</sup> molaire supérieure par les canaux de Sténon. Les deuxièmes, les glandes sous-maxillaires, sont sous la mâchoire. Elles se drainent par les canaux de Wharton qui s'ouvrent à la base du frein de la langue. Les dernières, les glandes sous-linguales, sont les plus petites. Situées en amont des glandes sous-maxillaires sous la langue, elles se drainent par de nombreux conduits dans le plancher buccal (Brûlé *et al.*, 2002). Ces structures se situent de chaque côté de la bouche de manière symétrique.

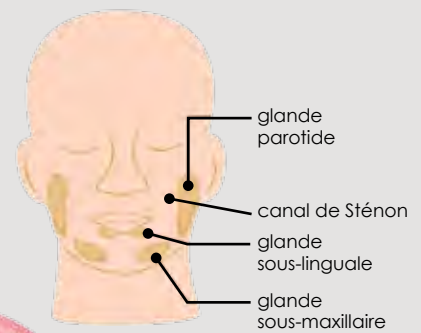
Il y a dans la bouche et le pharynx des structures qui appartiennent au système lymphatique, soit les amygdales (voir Figure 4). Elles forment quatre paires de renflements de la muqueuse pharyngienne et protègent l'organisme contre des agents pathogènes (Brûlé *et al.*, 2002 ; Marieb *et al.*, 2010). Les principales sont les deux amygdales palatines situées entre les piliers de l'oropharynx. En raison de leur situation anatomique, elles sont les plus souvent touchées par les agents pathogènes (voir Figure 4).

**Les nœuds lymphatiques :** Les nœuds lymphatiques ou ganglions assurent la filtration de la lymphe. Ils font partie du système lymphatique, ils activent les réactions immunitaires. Disposés en chaîne ou en amas à plusieurs endroits de l'organisme, ils constituent le réseau lymphatique. De forme globuleuse, ils sont constitués de tissus lymphoïdes enveloppés dans une capsule. Le cou comporte plus de soixante-dix nœuds lymphatiques situés principalement à l'avant et à l'arrière des oreilles, sous la mâchoire et le long des muscles sterno-cléido-mastoïdien et trapèzes (voir Figure 5).

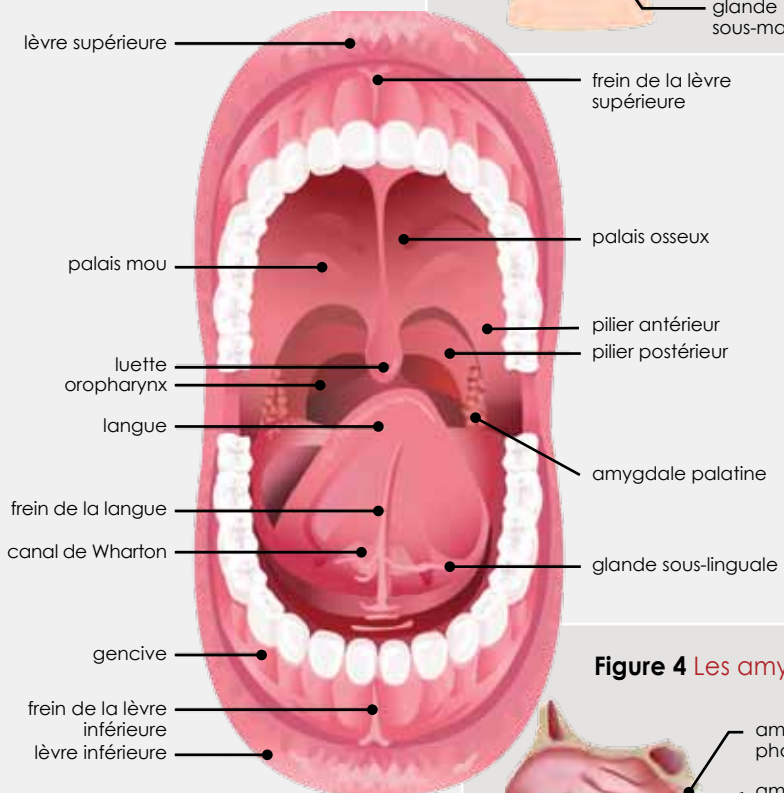
**Figure 1 Anatomie du pharynx**



**Figure 2 Les glandes salivaires**



**Figure 3 La bouche**



**Figure 4 Les amygdales**

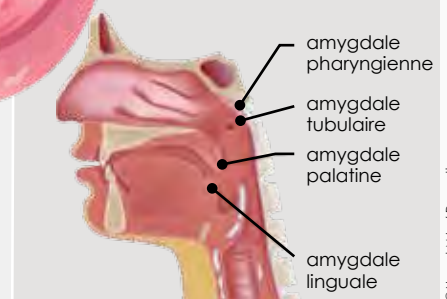


FIGURE 5

## Les nœuds lymphatiques du cou



- 1 Préauriculaires
- 2 Rétroauriculaires
- 3 Occipitaux
- 4 Amygdaliens
- 5 Sous-maxillaires
- 6 Sous-mentonniers
- 7 Chaîne postérieure superficielle
- 8 Chaîne cervicale profonde
- 9 Sus-claviculaires

### Signes et symptômes

Dès la première consultation d'un patient qui se plaint d'un mal de gorge, la méthode PQRST – Provoquer et pallier; Qualité et quantité; Région touchée et irradiation; Signes et Symptômes associés; Temps et durée (Cloutier *et al.*, 2010) s'applique. L'infirmière doit porter une attention toute particulière au point « S » afin de bien noter tous les signes et symptômes liés au mal de gorge. En effet, ce sont souvent eux qui permettront de mieux identifier la cause et de guider l'intervention. Les points les plus importants sont décrits dans le Tableau 1 (Ebell *et al.*, 2000).

Un patient souffrant d'un mal de gorge peut aussi se plaindre de problèmes respiratoires, de difficultés à avaler, d'un enrouement, de perte d'appétit, de vomissements, de nausées, de douleurs abdominales, de diarrhées et de maux de tête (Algranti-Fildier *et al.*, 2006; Ebell *et al.*, 2000).

# L'examen physique

**La tête :** Pour l'examen physique de la tête et du cou, le patient doit se tenir assis. L'infirmière commence par inspecter la tête à la recherche de déformations ou de points douloureux (Bates *et al.*, 2006).

**Le cou :** L'infirmière fait ensuite l'inspection du cou. Elle note s'il y a augmentation du volume des glandes salivaires et des ganglions (aussi appelée adénopathie). Elle effectue une palpation superficielle des ganglions par des mouvements circulaires avec la pulpe du bout de ses doigts. L'ordre présenté à la Figure 5 facilite l'examen exhaustif.

Les ganglions d'une personne en bonne santé ne devraient pas être palpables. Par contre, en cas d'infection, ils peuvent présenter des particularités décrites dans le Tableau 2.

**Le nez :** L'infirmière poursuit l'examen physique du patient par l'inspection du nez. Elle note la forme, la taille

**Tableau 1** Principaux signes et symptômes à rechercher

Présence ou non de
■ Fièvre (T° rectale ≥ 38°C)
■ Toux
■ Adénopathie
■ Exsudats blanchâtres sur les amygdales

et la couleur de la structure externe du nez composée des deux narines séparées par le septum nasal. En cas d'infection des voies respiratoires supérieures, le nez sera souvent rouge et asséché à cause de l'irritation. L'infirmière observe aussi la muqueuse de la paroi nasale, sa couleur et s'il y a une sécrétion ou inflammation. La muqueuse devrait normalement être rosée, humide et sans lésion. En cas de rhinite allergique, elle sera plus pâle et accompagnée d'écoulement clair. En cas de rhinite virale, elle sera plus rouge et œdématisée (Bates *et al.*, 2006; Potter *et al.*, 2010).

**Tableau 2** Particularités des ganglions en cas de maladies

Maladie	Particularités
Infection à l'oreille ou des voies respiratoires supérieures	Douloureux Mobiles Fermes à la palpation Localisés dans la zone de drainage associée
Mononucléose infectieuse	Parfois douloureux Mobiles Fermes à la palpation Bilatéraux Multiples
Cancer	Non douloureux Non mobiles Fermes à la palpation Unilatéraux

Source : Brûlé *et al.*, 2002.

**Tableau 3** Différentes présentations du pharynx en cas de maladies

Maladie	Apparence du pharynx
Pharyngite virale	Rougeur modérée du pharynx Hypertrophie des amygdales Parfois asymptomatique
Pharyngite streptococcique	Luette rouge et œdématisée Présence d'exsudats blanchâtres sur les piliers Présence d'exsudats blanchâtres sur les amygdales Hypertrophie des amygdales
Mononucléose infectieuse	Pétéchies sur le palais Amygdales recouvertes d'exsudats blanchâtres

Source : Brûlé *et al.*, 2002.

**Tableau 4** Maladies pouvant causer un mal de gorge

Maladie	Description	Provoque	Pallie	Signes et symptômes associés	Temps et durée	Complications
<b>Rhinite allergique</b>	Inflammation nasale causée par une hypersensibilisation à une substance étrangère	Allergène	Antihistaminique	Muqueuse nasale pâle, œdème, sécrétion claire possible, congestion nasale, éternuements, picotement du palais	Saisonnier ou tout au long de l'année	Sinusite, conjonctivite
<b>Rhino-pharyngite</b>	Infection des voies supérieures (nez et pharynx) qui touche principalement les enfants âgés de 6 mois à 8 ans	Rhinovirus, virus respiratoire syncytial, adénovirus, virus de la grippe ou paragrappal	Antipyrétique, augmenter la consommation liquidienne	Adénopathie, fièvre, hypertrophie des amygdales, écoulement nasal muqueux, obstruction nasale, éternuements, vomissements, diarrhées, douleur musculaire	Automne et hiver Durée des symptômes : 3 à 10 jours	Pneumonie, infection bactérienne de l'oreille ou des poumons, risque de détresse respiratoire, otite, bronchite
<b>Pharyngite ou amygdalite virale</b>	Infection du pharynx ou des amygdales d'origine virale	Divers virus	Analgésique, repos	Parfois asymptomatique. Adénopathie, exsudats sur les amygdales, pharynx œdématisé, fièvre, céphalée, toux, dysphagie, perte d'appétit, vomissements, douleur abdominale	Durée des symptômes : 3 à 10 jours	Rare
<b>Pharyngite ou amygdalite streptococcique</b>	Infection du pharynx ou des amygdales d'origine bactérienne	Streptocoque B-hémolytique du groupe A (SGA)	Antibiothérapie, analgésique	Adénopathie, luette rouge et œdématisée, exsudats blanchâtres sur les piliers et les amygdales, fièvre, absence de toux	Durée des symptômes : 7 à 10 jours	RAA (pouvant mener à une endocardite, myocardite ou péricardite) Glomérulonéphrite aiguë
<b>Mononucléose infectieuse</b>	Infection généralement bénigne provoquant une lymphocytose qui touche principalement les 15-24 ans	Virus Epstein-Barr	Analgésique, augmenter la consommation liquidienne, repos, éviter les sports de contact	Adénopathie, fièvre, pétéchies sur le palais, membrane sur les amygdales, muqueuse pharyngée rouge et œdématisée, fatigue chronique, splénomégalie	Durée des symptômes : 1 à 3 semaines	Rupture de la rate, ictère
<b>Oreillons</b>	Infection virale des glandes salivaires qui touche principalement les enfants et les adolescents	Paramyxovirus	Analgésique, antipyrétique, repos, augmenter la consommation liquidienne, vaccin RRO	Adénopathie, pharynx rouge, orifice du canal de Sténon rouge, fièvre, céphalée, otalgie, anorexie, inflammation des glandes salivaires	Hiver et printemps Durée des symptômes : 10 à 15 jours	Surdité de perception, encéphalite postinfectieuse, myocardite, arthrite, hépatite, orchite
<b>Coqueluche</b>	Infection des voies respiratoires accompagnée de quintes de toux caractéristiques	<i>Bordetella pertussis</i>	Antibiothérapie, vaccin (ne donne pas une immunité définitive)	Signes et symptômes d'une rhinopharyngite, anorexie, quintes de toux violentes	Durée des symptômes : 6 à 10 semaines	Otite, pneumonie, convulsion, hémorragie

Sources : Brûlé *et al.*, 2002 ; Molinier *et al.*, 2008 ; Hockenberry et Wilson, 2012 ; Gaurois, 2002 ; Ball et Bindler, 2008 ; Bates *et al.*, 2006 ; Anglaret et Mortier, 2002 ; Algranti-Fildier *et al.*, 2006 ; MSSS, 2009 ; Wong, 2002.

**Tableau 5** Score de Mclsaac pour évaluer le mal de gorge

Critères	Points
Antécédent de fièvre ≥ 38°C	1
Présence d'exsudats amygdaliens	1
Adénopathies cervicales antérieures sensibles	1
Absence de toux	1
Âge < 15 ans	1
Âge ≥ 45 ans	-1
Score total	Pourcentage avec infection à SGA
0-1	De 1 à 10 %
2-3	De 17 à 35 %
> 4	50 % et plus

Source : Mc Isaac et al., 2004.

**La bouche :** Pour inspecter et palper la bouche et la gorge d'un patient, l'infirmière met des gants. Pour faciliter l'examen, le patient devrait retirer sa prothèse dentaire et incliner légèrement la tête vers l'arrière. L'infirmière commence en inspectant les lèvres qui devraient être roses, humides, symétriques et lisses (Potter et al., 2010).

Elle demande ensuite au patient d'ouvrir la bouche et à l'aide d'un abaisse-langue, elle examine la muqueuse buccale et le palais. La muqueuse est normalement rose, humide et intacte. Le palais dur est sensiblement de la même couleur tandis que le palais mou est un peu plus rouge. En cas d'infection, il est possible de remarquer des pétéchies et des exsudats. L'infirmière doit porter attention à l'haleine qui, en cas d'infection, sera fétide (Brûlé et al., 2002 ; Thorn et Greenman, 2012).

**Le pharynx :** L'infirmière termine son examen par la gorge. À l'aide de l'abaisse-langue qu'elle appose sur le tiers médian de la langue, elle pourra examiner l'oropharynx. La position de l'abaisse-langue est importante pour éviter le réflexe nauséux déclenché par la stimulation du nerf crânien IX et pour empêcher que la langue ne se bombe (voir Exergue p. 36).

L'infirmière observe attentivement le voile du palais, les piliers, la luette, les amygdales et le pharynx. Elle note la couleur, la symétrie, ainsi que la présence éventuelle d'exsudats et d'œdème (Bates et al., 2006).

Le Tableau 3 décrit l'apparence du pharynx en présence de diverses maladies. À propos des amygdales, il faut savoir que leur développement se termine vers l'âge de 15 ans et qu'avant, il est normal que leur volume soit plus grand (Hockenberry et Wilson, 2012).

En plus de l'examen physique, des examens de laboratoire devront être pratiqués. L'infirmière devra procéder à un prélèvement de la muqueuse pharyngienne afin de pouvoir confirmer ou non l'origine streptococcique de l'infection.

Le Tableau 4 présente les différentes maladies qui peuvent causer un mal de gorge. Elles sont décrites en fonction de la méthode PQRST. Il faut garder en tête que plusieurs autres maladies peuvent avoir comme symptôme le mal de gorge, mais aux fins de cet article, nous avons sélectionné les principales.

### Complications

L'importance d'un bon examen clinique en cas de mal de gorge, problème de santé qui le plus souvent s'avère de source virale et ne nécessite que peu d'interventions, se justifie par le fait qu'une infection streptococcique peut avoir de sérieuses conséquences. On pense notamment au rhumatisme articulaire aigu (RAA) ou à la glomérulonéphrite aiguë, deux maladies dont les répercussions à long terme sont graves allant même parfois jusqu'à causer la mort du patient. Le RAA est caractérisé par une atteinte articulaire,

neurologique, tégumentaire, ou cardiaque comprenant des atteintes valvulaires graves. Une prise en charge rapide du patient est essentielle dans ce cas afin de pouvoir amorcer l'antibiothérapie. La glomérulonéphrite aiguë, contrairement au RAA, évolue souvent favorablement. Elle se présente principalement sous la forme d'une insuffisance rénale transitoire et d'une hypertension artérielle qui ne deviennent généralement pas chroniques. Dans de rares cas, elle peut évoluer vers une insuffisance rénale terminale.

Des échelles permettent de prédire la probabilité d'être atteint d'une pharyngite streptococcique. Les deux principales sont les scores de Centor et de Mclsaac. Le premier consiste à assigner un point à chacun des signes présents chez le patient : fièvre, absence de toux, exsudats sur les amygdales et adénopathie. Le résultat évalue le risque que le patient soit atteint d'une pharyngite streptococcique allant de faible (score de 0-1) à élevé (score de 4).

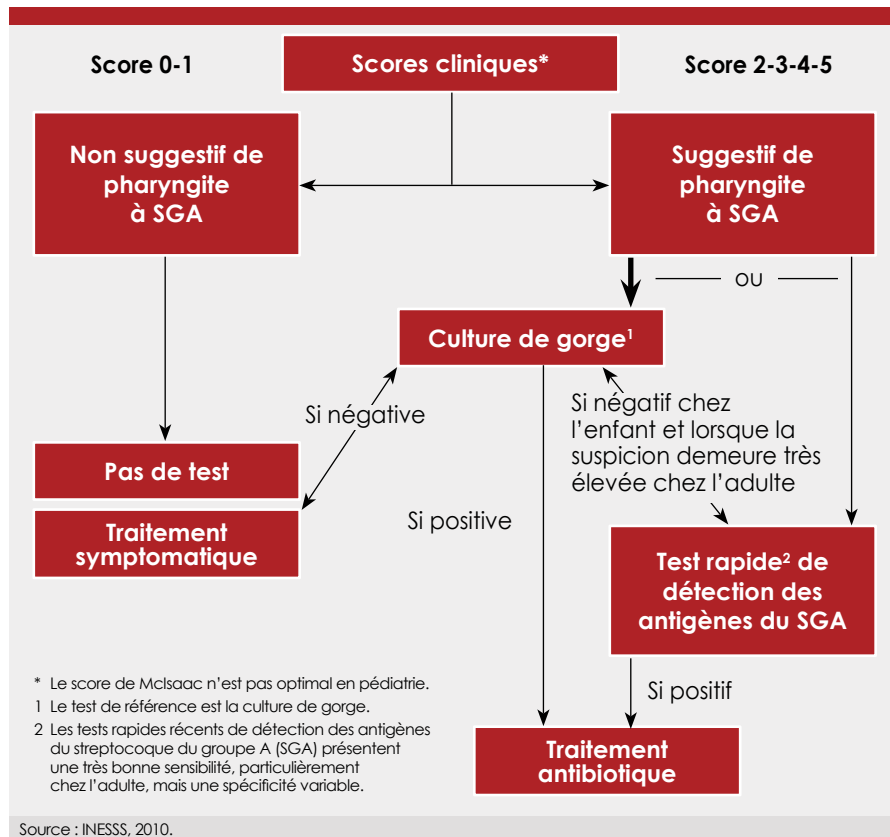
Le score de Mclsaac reprend les mêmes critères en tenant compte de l'âge du patient. Une personne de moins de 15 ans obtient un point de plus à son total tandis que celle de plus de 45 ans en perd un. Le score de Mclsaac est fréquemment utilisé dans les milieux hospitaliers québécois (voir Tableau 5).

### Interventions et traitements

En plus de permettre l'estimation de la probabilité d'être en présence d'une infection à SGA, le score de Mclsaac permet de déterminer les examens para-cliniques et de guider les cliniciens dans le traitement à appliquer (voir Tableau 6).

En plus d'évaluer, d'analyser et de communiquer, l'infirmière doit aussi assurer le soulagement du patient. Le plus souvent, se gargariser avec une solution d'eau saline suffit à traiter un mal de gorge. Des analgésiques non narcotiques de type acétaminophène ou ibuprofène peuvent être utilisés pour diminuer la douleur et la fièvre.

**Tableau 6** Approche diagnostique et thérapeutique



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



**Bibliographie**

Algranti-Fildier, B., L. Kremp, C. Pairault et M.F. Rivet. *Pédiatrie, pédopsychiatrie et soins infirmiers* (2<sup>e</sup> éd.), France, Lamarre, 2006, 313 p.

Anglaret, X. et E. Mortier. *Maladies infectieuses* (3<sup>e</sup> éd.), Paris, De Boeck-Estern, 2002, 292 p.

Ball, J. et R. Bindler. *Pediatric Nursing: Caring for Children* (4<sup>e</sup> éd.), Upper Saddle River (NJ), Pearson/Prentice Hall, 2008, 1408 p.

Bates, B., L.S. Bickley et P.G. Szilagyi. *Guide de l'examen clinique* (5<sup>e</sup> éd.), Rueil-Malmaison (France), Arnette, 2006, 1009 p.

Brûlé, M., L. Cloutier et O. Doyon. *L'examen clinique dans la pratique infirmière*, Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau pédagogique, 2002, 733 p.

Cloutier, L., P. Delmas et J. D'Allava. *L'examen clinique infirmier*, Bruxelles, de Broeck Université, 2010, 382 p.

Ebell, M.H., M.A. Smith, H.C. Barry, K. Ives et M. Carey. « The rational clinical examination. Does this patient have strep throat? », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 22, 13 déc. 2000, p. 2912-2918.

Gaurois, M.F., C. Gilliet et F. Saint-Dizier. *Pédiatrie*, Paris, Vuibert, 2002, 127 p.

Hockenberry, M.J. et D. Wilson. *Soins infirmiers-Pédiatrie*, Montréal, Chenelière Éducation, 2012, 1408 p.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). *Pharyngite-amygdalite chez l'enfant et l'adulte*, Québec, INESSS, mars 2010, 2 p. [www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/CDM/UsageOptimal/Guides-seriel/CdM-Antibio1-PharyngiteAmygdalite-fr.pdf]

Mariëb, E.N., K. Hoehn, L. Moussakova et R. Lachaine. *Anatomie et physiologie humaines* (4<sup>e</sup> éd.), Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau pédagogique, 2010, 1293 p.

McIsaac, W.J., J.D. Kellner, P. Aufricht, A. Vanjaka et D.E. Low. « Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults », *Journal of the American Medical Association*, vol. 291, n° 13, 7 avril 2004, p. 1587-1595.

McIsaac, W.J., D. White, D. Tannenbaum et D.E. Low. « A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 158, n° 1, 13 janv. 1998, p. 75-83.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Guide d'intervention – La coqueluche*, Québec, MSSS, 2009, 31 p. [En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-271-02.pdf]

Molinier, A., J. Massol et J. Druot. *Pathologie médicale et pratique infirmière – vol. 3*, Rueil-Malmaison (France), Lamarre, 2008, 601 p.

Potter, P.A., A.G. Perry, C. Dallaire, S. Le May, Y. Brassard, C. Lemire et al. *Soins infirmiers: fondements généraux* (3<sup>e</sup> éd.), Montréal, Chenelière Éducation, 2010, 1490 p.

Schappert, S.M. et C. Nelson. « National ambulatory medical care survey: 1995-96 summary », *Vital and Health Statistics*, série 13, n° 142, nov. 1999, p. i-vi ; 1-122.

Thorn, R.M. et J. Greenman. « Microbial volatile compounds in health and disease conditions », *Journal of Breath Research*, vol. 6, n° 2, juin 2012, p. 024001.

Wong, D.L. *Soins infirmiers – pédiatrie*, Laval, Études vivantes, 2002, 1368 p.

En cas d'infection bactérienne, le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne pourra amorcer une antibiothérapie (Hockenberry et Wilson, 2012). Dans tous les cas, l'infirmière dispense son enseignement en encourageant le patient à se laver les mains régulièrement afin d'éviter la propagation de l'infection, à se reposer et à s'hydrater fréquemment afin de compenser le déficit corporel en eau et à enrayer la fièvre (Hockenberry et Wilson, 2012).

Maîtriser l'examen clinique ciblé pour un mal de gorge permet à l'infirmière de reconnaître une infection streptococcique et d'accélérer la prise en charge du patient. Il faut retenir que l'examen clinique ne peut déterminer à lui seul la cause de l'infection sans le recours à des analyses de laboratoire. Aussi, il ne faut pas exclure les causes plus rares de maux de gorge telles que la diphtérie ou le cancer. ■

**Les auteures**



**Lyne Cloutier** est professeure titulaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières.



**Pascale Bisson** est étudiante en médecine à l'Université de Montréal, campus de la Mauricie.



**Josyane Pinard** est étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Québec à Trois-Rivières et

assistante de recherche au laboratoire de recherche en santé cardiovasculaire et métabolique de l'Université du Québec à Trois-Rivières.



## FUTURS RETRAITÉS

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

### Le RIIRS

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

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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

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



CERTIFICAT DE 2<sup>e</sup> CYCLE  UNIVERSITÉ McGill  
Faculté de médecine

## Traitement de la douleur chronique

Offert en français ou en anglais

**En ligne!**



Le partenariat entre l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill et le Centre Alan-Edwards de recherche sur la douleur a mené à la création d'un certificat de deuxième cycle où l'on enseigne une pratique clinique fondée sur les données et comportant une perspective interdisciplinaire.

Ce programme de formation post-professionnelle offerte en ligne a été conçu pour des professionnels de la santé dont l'emploi du temps est déjà chargé et qui proviennent de divers domaines incluant :

- Médecine
- Ergothérapie
- Physiothérapie
- Soins infirmiers
- Pharmacologie
- Psychologie
- Autres disciplines

Pour plus d'informations sur les cours, les avantages et les témoignages, veuillez visiter [www.mcgill.ca/spot/fr](http://www.mcgill.ca/spot/fr)

 McGill École de Physiothérapie et d'ergothérapie 



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

Vous avez lu l'article **Mal de gorge. Dites Ahhhh!!!** et vous souhaitez répondre au questionnaire de validation des acquis.

### Comment faire ?

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



paratif des médicaments  
Vie | Organisme | Sujet

16 JANVIER

Formation à distance "angles"  
Vie | Organisme | Sujet

Recherche

Recherche avancée

Tout le répertoire

 Je t'inscris

M'inscrire

ORGANISATEUR	OIIQ
DURÉE	1 heure
NOMBRE D'HEURES ADMISSIBLES DANS LA CATÉGORIE FORMATION ACCRÉDITÉE	2 heures

Vers une pénurie d'infirmières en soins gériatriques

# Mieux connaître pour attirer et garder en poste

Par **Hélène Sylvain**, inf., Ph.D., **Nicole Ouellet**, inf., Ph.D., **Blaise Guinchard**, inf., M.Sc., M.A.,  
et **Nataly Viens Python**, inf., B.Sc., DIU santé publique



Une équipe de chercheurs du Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) de la région Bas-Saint-Laurent (UQAR) et du canton de Vaud en Suisse (Haute école de la santé La Source) ont voulu investiguer le problème de la pénurie d'infirmières en milieu gériatrique et découvrir les facteurs d'attractivité et de rétention afin d'être en mesure de proposer des solutions (Guinchard et al., 2013). Il s'agit d'une étude croisée et ses résultats sont publiés dans *Perspective infirmière au Québec* et dans la revue suisse *Soins infirmiers*.

se faire sentir de façon importante. En 2009, selon l'OIIQ (2010), 53,9 % des infirmières soignant des personnes âgées avaient plus de 50 ans (Jaccard Ruedin et al., 2009) comparativement à 37 % de l'effectif global. L'effectif infirmier en soins gériatriques est en diminution, puisqu'il est passé de 14,7 % de l'effectif global en 1999-2000 à 12,1 % en 2009-2010. De plus, les milieux de soins gériatriques ont davantage recours à d'autres catégories de personnel soignant, par exemple le nombre d'infirmières auxiliaires en gériatrie et en soins de longue durée a augmenté de 10% au Québec (OIIQ, 2010). En Suisse, l'âge du personnel infirmier dans les établissements pour personnes âgées est aussi un facteur dont il faut tenir compte car 41 % des professionnels ont entre 35 et 49 ans et 30 %, plus de 50 ans (Jaccard Ruedin et al., 2009). Les estimations de besoins en personnel en 2020 démontrent aussi une nette augmentation autant pour le personnel infirmier que pour le personnel d'assistance.

**L**e peu d'intérêt des jeunes infirmières pour les soins gériatriques, la composition des équipes en place ainsi que le vieillissement de la population sont autant de facteurs qui pourraient aggraver les difficultés qu'éprouveront les systèmes de santé de nombreux pays industrialisés à assurer des soins de qualité à la population vieillissante, particulièrement lorsqu'elle sera en perte d'autonomie.

## Mise en contexte

Selon le rapport de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada publié en mai 2009 portant sur les ressources humaines dans le secteur de la santé (Murphy et al., 2009), il manquait en 2007 environ 11 000 infirmières canadiennes équivalent temps plein (ETP) pour répondre aux besoins en santé de la population. Selon ce rapport, si aucun changement n'est fait dans les politiques de recrutement et si les besoins continuent d'évoluer selon les tendances observées, la pénurie d'infirmières autorisées risque d'atteindre près de 60 000 ETP en 2022 (Murphy et al., 2009). Au Québec en 2008, on estimait le déficit en infirmières à 2 000 et on prévoyait qu'il atteindrait 7 300 en 2013 et possiblement 23 000 en 2022 (MSSS, 2007 ; Desrosiers, 2008).

Bien que l'ampleur de la pénurie d'infirmières travaillant en gériatrie soit difficile à évaluer précisément, elle devrait

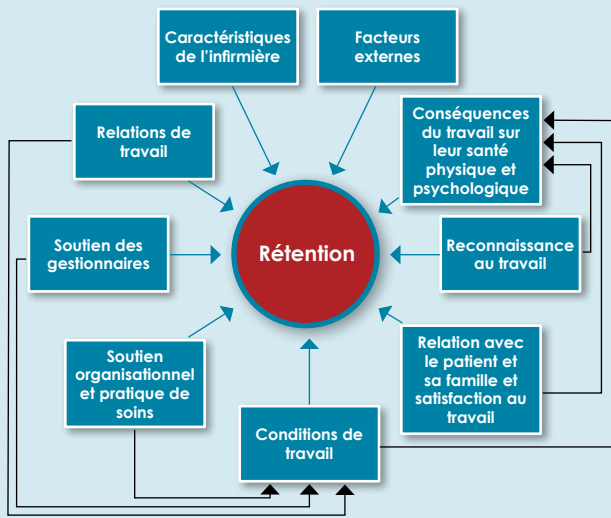
## Perception de la pénurie

La question de la pénurie est perçue différemment selon que l'on se situe au Québec ou en Suisse. Dans la région Bas-Saint-Laurent (BSL), ce sont les gestionnaires

## Méthodologie

La collecte des données, au Québec et en Suisse, a été réalisée par un questionnaire en ligne et des entretiens semi-dirigés auprès plus de 900 participants : infirmières, gestionnaires et décideurs politico-administratifs. Le modèle de Tourangeau et al. (2010) comprenant neuf déterminants de l'intention de rester à l'emploi, a servi d'appui théorique à l'élaboration des outils (voir Figure 1).

Figure 1 Le modèle de Tourangeau



d'établissements qui dénoncent le plus fortement la pénurie d'infirmières diplômées alors que dans le canton de Vaud (VD), les gestionnaires la perçoivent moins que les infirmières (voir Figure 2).

En Suisse, un appel à la main-d'œuvre étrangère, frontalière ou non, permet notamment de limiter le problème. Cependant, cette solution largement appliquée crée d'autres problèmes à la fois sur les mouvements migratoires et sur le plan éthique.

**Perception du travail en gériatrie**

Ce qui surprend particulièrement à l'analyse des résultats de cette recherche, c'est la perception négative des soins gériatriques chez les infirmières qui ne travaillent pas dans ce domaine, une perception qui, selon les acteurs interrogés, pourrait contribuer à la pénurie de personnel infirmier. « Monotonie », « perte de compétences », « routine » sont les termes qui y sont le plus souvent rattachés. Les infirmières travaillant en gériatrie sont pleinement conscientes de ces perceptions ou jugements et se sentent incomprises, voire dénigrées par leurs collègues.

*« Pour avoir travaillé là longtemps, on n'est pas bien vues. On est vues comme des infirmières qui se sont retrouvées là par défaut, des infirmières bas de gamme. »*

*Une infirmière en gériatrie*

Les propos recueillis donnent l'impression que la gériatrie est un domaine « de soins au rabais », un milieu dans lequel on ne peut pas évoluer et qui n'est pas stimulant. Nombreuses sont les infirmières en soins aigus ou les étudiantes qui n'aimeraient pas travailler en gériatrie de peur de perdre leurs compétences techniques et de ne plus pouvoir retourner dans un hôpital de soins aigus. Cette crainte est corroborée par les propos de certains gestionnaires croisés au cours de la recherche, notamment l'un d'entre eux qui a confirmé que d'emblée il considérerait avec suspicion la candidature d'une infirmière venant d'un établissement de soins de longue durée : « Est-ce qu'elle veut travailler à l'hôpital parce qu'elle a des problèmes de dos ? »

De plus, les milieux de formation ne semblent pas donner une image représentative des soins gériatriques. Bien que des stages y soient obligatoires, ils ne reflètent pas l'ampleur et la diversité réelles des tâches des infirmières spécialisées en gériatrie et permettent uniquement de se familiariser avec le travail des infirmières auxiliaires ou celui des préposés, ce qui contribue à perpétuer la méconnaissance du domaine.

**Facteurs d'attraction et de rétention**

Les infirmières rencontrées, travaillant en gériatrie, affichent une attitude plutôt militante au cours des rencontres de

Figure 3 Nature complexe du travail en gériatrie

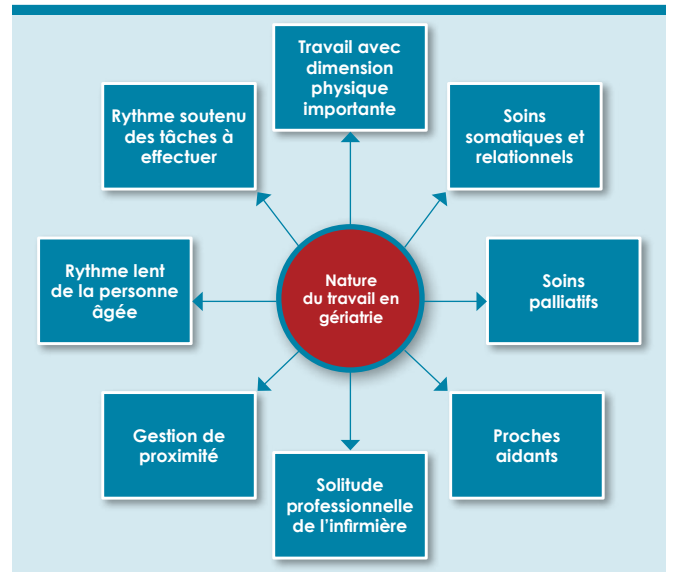
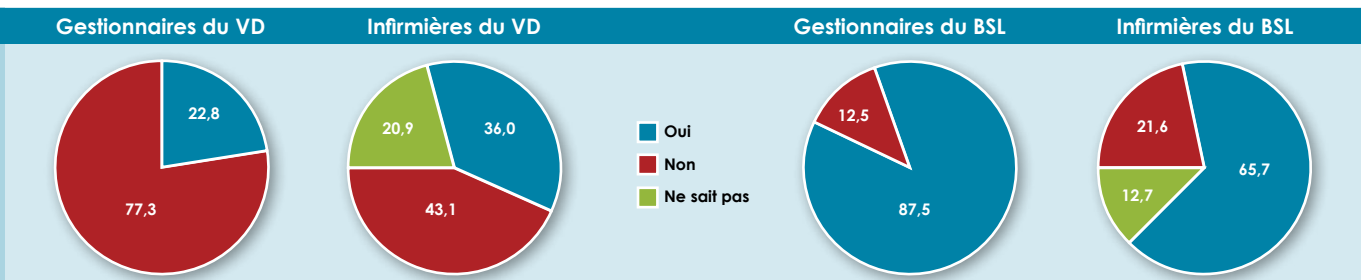


Figure 2 Perception des gestionnaires et des infirmières d'une pénurie d'infirmières dans leur établissement (en %)



# Comment améliorer l'attractivité et la rétention des infirmières en gériatrie ?

- 1 Recrutement.** Disposer de bonnes connaissances sur la nature du travail et améliorer l'information concernant l'activité professionnelle en gériatrie auprès des pairs.
- 2 Reconnaissance.** Permettre de découvrir la complexité des soins en gériatrie dans un esprit de valorisation.
- 3 Réseautage professionnel et interprofessionnel.** Favoriser la constitution de réseaux de compétences gériatriques entre établissements pour briser l'isolement professionnel et créer des communautés de pratique.
- 4 Expertise clinique.** Développer l'expertise clinique dans un continuum de formation et promouvoir les échanges entre différents milieux cliniques.
- 5 Profils professionnels pointus.** Promouvoir une formation de haut niveau pour répondre aux besoins de la population âgée nécessitant des soins complexes.
- 6 Conditions de travail.** Garantir une organisation, une infrastructure et un cadre d'exercice qui soient à la hauteur de l'exigence des soins requis par les personnes âgées et qui favorisent l'attractivité de ce domaine.
- 7 Informations ciblées pour les étudiants.** Valoriser le travail en gériatrie auprès des étudiants par des stages structurés qui mettent en évidence ce travail infirmier spécialisé.

discussion et défendent leur domaine. Elles relèvent la richesse de leur travail qui porte sur des dimensions multiples. Cette richesse commence avec « le fait d'avoir une relation thérapeutique prolongée [...] ».

Les infirmières indiquent que le travail en gériatrie est axé sur une vision globale de la personne soignée, l'infirmière a un rôle central dans la prise en charge de l'aîné et l'accompagnement des familles ; elle jouit d'autonomie dans son travail et fait de la gestion d'équipe. Les compétences techniques font place aux compétences relationnelles et de gestion de proximité. De l'analyse des données, huit dimensions illustrant la nature du travail en gériatrie sont ressorties. Ces dimensions font état de la complexité des fonctions infirmières en gériatrie et sont méconnues hors du domaine (voir Figure 3).

Selon les acteurs rencontrés, une meilleure valorisation du travail infirmier en gériatrie fondée sur la nature même du domaine pourrait contribuer à attirer certaines infirmières ayant de l'autonomie et un intérêt pour la clientèle âgée, la relation prolongée et la gestion d'équipe ; ces mêmes éléments pourraient les motiver à rester en poste.

Par contre, la lourdeur de la tâche, l'ampleur des responsabilités, l'isolement professionnel et le manque de ressources évoqués dans les services nuisent à l'attraction de nouvelles infirmières.

« Les jeunes, on ne les garde pas. Les perles rares, on n'est pas capable de les garder justement parce que les autres départements offrent de meilleures conditions de travail et qu'ici, elles se retrouvent toutes seules de leur gang. »

Une infirmière en gériatrie

Grâce aux témoignages recueillis et aux comptes rendus des expériences que nous avons réalisées de part et d'autre de l'Atlantique dans cette recherche, nous sommes en mesure de proposer des recommandations susceptibles d'améliorer l'attractivité de la gériatrie et la rétention des infirmières diplômées travaillant dans ce domaine (voir Encadré ci-contre).

NdlR : Cette recherche a fait l'objet d'une publication dans la revue professionnelle de l'Association suisse des infirmières et infirmiers – Section Vaud sous la référence : Guinchard, B., N. Viens Python, H. Sylvain et N. Ouellet. « Infirmière auprès des personnes âgées : Carrières de demain », Soins infirmiers, déc. 2013, p. 61-63.

## Les auteurs



**Hélène Sylvain** est professeure en sciences infirmières et directrice du Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER), de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).



**Nicole Ouellet** est professeure et directrice du département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).



**Blaise Guinchard** est professeur à la Haute école de la santé La Source.



**Nataly Viens Python** est professeure et doyenne Recherche et développement de la Haute école de la santé La Source.

## Références

- Desrosiers, G. « La pénurie d'infirmières : des choix à faire de toute urgence », *Le Journal*, vol. 5, n° 3, janv. 2008. [En ligne : [www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/janvierfevrier-2008-vol-5-n-3/editorial-de-la-presidente-la-penurie](http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/janvierfevrier-2008-vol-5-n-3/editorial-de-la-presidente-la-penurie)]
- Guinchard, B., H. Sylvain, N. Ouellet et N. Viens Python. *Soigner les personnes âgées : Facteurs d'attractivité et de rétention des infirmières. Perspectives croisées, Bas-Saint-Laurent (Québec, CA) et Canton de Vaud (CH)*, Rapport de recherche. Rimouski/Lausanne, LASER UQAR (QC)/HES-SO (Suisse), 2012, 90 p. [En ligne : [http://www.uqar.ca/files/laser/rapport\\_far\\_2012-12-15\\_def\\_2013-11-01.pdf](http://www.uqar.ca/files/laser/rapport_far_2012-12-15_def_2013-11-01.pdf)]
- Jaccard, Ruedin, H., F. Weaver, M. Roth et M. Widmer. *Personnel de santé en Suisse – État des lieux et perspectives jusqu'en 2020 – Document de travail 35*, Observatoire suisse de la santé, fév. 2009, 116 p. [En ligne : [www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/03.Document.118247.pdf](http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/03.Document.118247.pdf)]
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*, Québec, MSSS, 2007.
- Murphy, G.T., S. Birch, R. Alder, A. Mackenzie, L. Lethbridge, L. Little et al. *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada – version abrégée*, Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIC), 2009.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). « Gérontologie et gériatrie, santé mentale et soins de fin de vie : des secteurs en vedette au Congrès annuel », *Infostats*, vol. 2, n° 6, oct. 2010. [En ligne : <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n06/index.html>] (Consulté le 5 juin 2013).
- Tourangeau, A.E., G. Cummings, L.A. Cranley, E.M. Ferron et S. Harvey. « Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, n° 1, 2010, p. 22-32.

# Les Signes « AINÉES » *partie 1*

## L'histoire de M<sup>me</sup> Rose

Les Signes AINÉES, un outil pour améliorer l'évaluation de la condition de santé de l'adulte âgé quel que soit le milieu de soins, déceler les problèmes de santé aigus et prévenir les complications.

Par **Sylvie Lafrenière** inf., M.Sc., CSIGC et **Annik Dupras**, M.D., FRCPC



© Max Blain / Dreamstime.com

*Objectif : Cette série de deux articles souligne l'importance d'adapter l'évaluation infirmière aux particularités et aux besoins spécifiques de l'adulte âgé et indique les principaux aspects à surveiller au moment de l'évaluation initiale et de celles en cours d'évolution. Pour vous guider dans cette tâche, l'outil « Signes AINÉES » a été développé. La première partie présente son utilité et la seconde expliquera comment l'intégrer dans sa pratique quotidienne.*

**M**<sup>me</sup> Rose est une infirmière à la retraite de 82 ans. Veuve depuis cinq ans, elle habite le même logis depuis quarante ans. Elle présente une insuffisance cardiaque chronique, un diabète de type 2 et de l'arthrose aux genoux. Elle utilise une marchette pour ses déplacements à l'extérieur. Sa salle de bain est adaptée, ce qui lui permet de s'occuper de son hygiène corporelle de façon autonome. Ses enfants l'aident en passant l'aspirateur et en se chargeant des

Si l'équipe soignante croit que ces signes de « détérioration de l'état général » sont normaux à cause du vieillissement, elle n'interviendra pas adéquatement. De même, l'infirmière qui ne connaît pas les Signes AINÉES habituels de son patient âgé ne pourra pas repérer de détérioration surtout si elle considère la clientèle âgée comme une population homogène qui souffre « généralement » d'incontinence, d'atteintes cognitives, de troubles de mobilité et qui est prédisposée aux chutes.



M<sup>me</sup> Rose est la « porte-parole » de l'approche OPTIMAH au CHUM.

Illustration de Beha, © CHUM

**Tableau 1 L'OUTIL SIGNES AINÉES<sup>1, 2</sup>**

Un acronyme, sept questions et des actions pour l'équipe interprofessionnelle

gros travaux. M<sup>me</sup> Rose est une femme active. Elle sort de la maison presque tous les jours et elle est responsable du club de bridge de son quartier.

Sa plus grande crainte est de devoir se rendre à l'hôpital, pour des soins d'urgence ou une hospitalisation. Récemment, son frère Marcel, un solide gaillard de 80 ans a vécu toute une aventure. Hospitalisé pour une pneumonie, il a été pris dans un tourbillon de complications : déshydratation, perte de poids, rétention urinaire avec infection secondaire, déconditionnement, difficulté à marcher, chute. Il a même « perdu la tête » pendant quatre jours en plus d'avoir eu à porter une culotte d'incontinence pendant tout son séjour à l'hôpital ! Depuis, il est en convalescence chez sa fille et son moral est bien bas.

Sur Internet, M<sup>me</sup> Rose a lu des histoires pas rassurantes du tout, comme celle d'Esther Winkler en Colombie-Britannique ([www.esthersvoice.com](http://www.esthersvoice.com)), une enseignante à la retraite de 77 ans pleine de vie et de projets. Hospitalisée pour une opération chirurgicale non urgente à la hanche, elle est décédée, selon le coroner, des suites de dix lacunes dans les soins donnés, dont plusieurs étaient liées à des pratiques non adaptées aux adultes âgés (McIver et Wyndham, 2013). De plus, les professionnels de la santé ont expliqué à la famille que ces complications étaient normales chez une personne âgée et qu'elle devait se consoler en pensant que leur proche avait eu une « belle vie ». Ce genre d'excuses bouleverse M<sup>me</sup> Rose et ses amis du club de bridge : « Nous savons bien que nous sommes à la dernière période de notre vie, mais nous ne voulons pas perdre notre autonomie ni mourir avant notre heure ! » M<sup>me</sup> Rose a-t-elle raison de s'inquiéter ?

### Une évaluation différente pour les adultes âgés ? Pourquoi ?

En raison du vieillissement normal, l'adulte âgé est plus vulnérable aux stress, aux agressions de la vie (Voyer et al., 2013) et aux complications iatrogéniques d'un séjour à l'hôpital (Francis et Lahaie, 2012). Près des tiers des personnes âgées hospitalisées

## QUE SONT LES SIGNES AINÉES ?

Six aspects de la santé à surveiller quotidiennement puisqu'une détérioration est indicative ou prédictive de complications et de déclin fonctionnel chez l'ainé, en particulier au cours d'une période de maladie aiguë. Ils sont regroupés sous l'acronyme **AINÉES** :

- Autonomie/mobilité
- Intégrité de la peau
- Nutrition/hydratation
- Élimination
- Etat cognitif/comportement/communication
- Sommeil

## COMMENT UTILISER LES SIGNES AINÉES ?

QUESTIONS À INTÉGRER DANS LA DÉMARCHE CLINIQUE	ÉVALUATION ET INTERVENTIONS
Quels étaient les Signes <b>AINÉES</b> habituels de mon patient âgé avant sa venue à l'hôpital ou à la clinique, avant la visite à domicile ou pendant le quart de travail précédent ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Déterminer les Signes <b>AINÉES</b> habituels en questionnant le patient et sa famille, les intervenants qui l'ont suivi avant la période de maladie aiguë ou en recherchant l'information au dossier.</li> </ul>
Que puis-je faire pour maintenir les acquis <b>AINÉES</b> de mon patient ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informer le patient et sa famille de l'importance des interventions préventives <b>AINÉES</b>.</li> <li>■ Tenir compte des objectifs, de l'aide et des stratégies souhaités par le patient.</li> <li>■ Déterminer et réévaluer avec lui le plan d'action commun : est-il adapté à l'évolution de sa condition ? Est-il acceptable et réalisable pour lui, sa famille et l'équipe de soins ?</li> </ul>
Observons-nous une détérioration ou un nouveau problème dans les Signes <b>AINÉES</b> de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Évaluer les Signes <b>AINÉES</b> de façon continue et établir les alertes <b>AINÉES</b>, c'est-à-dire les répercussions de la maladie, de l'hospitalisation, des soins et traitements, des auto-soins et des soins donnés par sa famille sur chacun des Signes <b>AINÉES</b>.</li> </ul>
Que puis-je faire pour traiter les problèmes liés aux Signes <b>AINÉES</b> de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Demander au patient et à sa famille de participer à la recherche des causes et des solutions.</li> <li>■ Informer le médecin et les autres membres de l'équipe de l'alerte <b>AINÉES</b> ou du ou des problèmes décelés ; demander une consultation à d'autres professionnels si requis.</li> <li>■ Modifier le PTI en fonction des problèmes décelés et réajuster en fonction de leur évolution.</li> </ul>
Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser les Signes <b>AINÉES</b> de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Surveiller l'impact des soins et des traitements de l'équipe multidisciplinaire sur les Signes <b>AINÉES</b>.</li> <li>■ Envisager une autre alternative de traitement si la conduite thérapeutique de première ligne risque de compromettre un ou plusieurs aspects <b>AINÉES</b>.</li> </ul>
Comment faire en sorte que le patient âgé et ses proches deviennent des partenaires pour maintenir les Signes <b>AINÉES</b> ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faire équipe avec le patient et sa famille tout au long de l'épisode de soins, les informer et leur donner le pouvoir d'agir sur la situation de santé.</li> </ul>
Que dois-je communiquer et documenter pour assurer la continuité des soins relatifs aux Signes <b>AINÉES</b> de ce patient ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Documenter et transmettre les alertes <b>AINÉES</b> dans les rapports et les transferts intra et inter équipes et établissements.</li> <li>■ Intégrer l'évolution des Signes <b>AINÉES</b> aux discussions interprofessionnelles.</li> <li>■ Documenter : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les Signes <b>AINÉES</b> habituels et leur évolution tout au long de l'épisode de soins ;</li> <li>- l'enseignement et le résultat des discussions avec le patient et sa famille au sujet du maintien et de la récupération des aspects <b>AINÉES</b> (préoccupations, attentes, décisions) ;</li> <li>- les objectifs et les interventions planifiés dans les outils de continuité habituels (plans de travail, etc.).</li> </ul> </li> </ul>

1 Fulmer, 2007. Traduction et adaptation de l'acronyme SPICES avec permission de l'auteure.

2 Version française de l'acronyme : Idée proposée par Francine Quimet, infirmière clinicienne au CHUM.

## L'AAPA

Pour soigner adéquatement un adulte âgé, les professionnels de la santé doivent être mieux formés sur la physiologie du vieillissement et la vulnérabilité de l'ainé. Ils doivent adapter leurs pratiques aux particularités et aux besoins de l'adulte âgé. Depuis 2005, inspirées par des programmes ayant démontré leur efficacité comme HELP (Inouye *et al.*, 2000) et ACE (Palmer *et al.*, 1998 ; Palmer *et al.*, 2003 ; Voyer *et al.*, 2013), des initiatives pour améliorer les soins offerts aux personnes âgées contribuent à modifier les pratiques en centres hospitaliers, entre autres aux États-Unis, en Ontario et en Colombie-Britannique (Voyer *et al.*, 2013 ; Lafont *et al.*, 2011 ; Palmisano-Mills, 2007). Au Québec, l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier propose un cadre de référence ainsi que des outils de sensibilisation, de formation et de gestion (MSSS, 2011). L'implantation de l'AAPA dans tous les hôpitaux de la province est actuellement une priorité pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Dans la perspective de cette volonté d'amélioration des soins, les infirmières, en collaboration avec l'équipe médicale, doivent évaluer correctement l'évolution de la condition de santé des adultes âgés sous leurs soins et intervenir rapidement en cas de détérioration, en fonction du niveau d'intervention déterminé.

pour un épisode de maladie aiguë subissent un déclin fonctionnel et dans près de 40 % des cas, il s'agit d'une perte d'autonomie significative qui, fréquemment, deviendra irréversible (Sager et Rudberg, 1998). Paradoxalement, le déclin fonctionnel

de l'adulte âgé survient souvent en même temps que l'amélioration de la condition qui avait mené à son hospitalisation, ce que Palmer *et al.* (2003) appellent **le syndrome dysfonctionnel**.

Le vieillissement normal entraîne une diminution des réserves physiologiques et une modification du fonctionnement de certains organes et systèmes. C'est pourquoi la personne âgée est plus vulnérable aux effets de la maladie aiguë, ainsi qu'aux effets indésirables des médicaments et des traitements, et requiert une approche de soins interprofessionnelle adaptée (MSSS, 2011).

L'évaluation clinique de l'ainé est plus complexe que celle d'un adulte plus jeune, car le tableau clinique comporte de nombreux problèmes de santé, la prise de plusieurs médicaments, fréquemment, une présentation atypique de maladies courantes et, en plus, une hétérogénéité du vieillissement d'une personne à l'autre et d'un organe à l'autre. Les difficultés de communication en raison des atteintes auditives et visuelles contribuent aussi à complexifier l'évaluation.

Quel que soit le contexte dans lequel vous aurez à soigner M<sup>me</sup> Rose au cours d'une période de maladie aiguë, à l'urgence ou hospitalisée dans une unité de soins de courte durée, ou encore à domicile, en clinique, en réadaptation, en convalescence ou en ressource d'hébergement, votre évaluation clinique et votre plan d'intervention devront s'adapter à ses particularités et à ses besoins.

### L'outil Signes AINÉES

En 2008, dans le cadre du développement de l'approche d'**OPTIM**isation des soins à la personne **Âgée à l'Hôpital (OPTIMAH)** au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le comité des pratiques cliniques interprofessionnelles OPTIMAH a développé l'outil des Signes AINÉES. Ses travaux se sont inspirés du cadre de référence pour

la prévention du déclin fonctionnel proposé par l'Australian Health Ministers' Advisory Council (Victorian Government Department of Human Services, 2007) et le Melbourne Health (2004). Ce cadre présente des interventions préventives (ce qui doit être maintenu) et précise les éléments d'évaluation continue (ce qui doit être surveillé, décelé et traité rapidement) dans cinq domaines précis : cognition et santé émotionnelle ; mobilité, vigueur et autonomie dans les soins ; continence ; nutrition et intégrité de la peau. La communication et le sommeil ont été ajoutés aux fonctions à maintenir et à surveiller, leur atteinte pouvant augmenter le risque de délirium ou s'avérer une manifestation de délirium et mener à un déclin fonctionnel.

En plus du cadre de référence australien, le comité OPTIMAH s'est aussi inspiré du concept des signes vitaux gériatriques de Inouye *et al.* (1993) et de l'outil SPICES de Fulmer (2007), SPICES étant un acronyme qui réfère à des conditions qu'il faut rapidement déceler et traiter chez l'adulte âgé. Avec la permission de l'auteure Terry Fulmer, SPICES a été adapté en français et est devenu l'acronyme AINÉES à partir duquel fut créé l'outil *Signes vitaux gériatriques*. Après essai, l'outil a été renommé *Signes AINÉES*. Ce nom inclut d'emblée l'acronyme et a l'avantage d'éviter toute confusion avec les signes vitaux habituels.

Il désigne six aspects à surveiller et propose sept questions et actions à intégrer dans la démarche clinique des professionnels de la santé qui soignent un adulte âgé. Comparativement à SPICES, il permet d'inclure un plus vaste éventail de conditions. Et comme en témoigne la deuxième question « que puis-je faire pour maintenir les Signes AINÉES de ce patient ? », l'acronyme AINÉES sert aussi à prévenir l'apparition de complications (voir Tableau 1).

### Utilité des Signes AINÉES

Les signes AINÉES ciblent les aspects de la santé qui sont à maintenir et

## Qu'est-il arrivé à M<sup>me</sup> Justine ?

à surveiller puisque la détérioration de l'un d'entre eux est indicative ou prédictive de complications et de déclin fonctionnel chez l'adulte âgé (Inouye *et al.*, 1993 ; Melbourne Health, 2004 ; Victorian Government Department of Human Services, 2007 ; MSSS, 2011). L'évaluation des Signes AINÉES permet aux membres de l'équipe interprofessionnelle :

- De mettre davantage l'accent sur l'état de santé global de l'adulte âgé plutôt que de se limiter à l'organe, à la maladie ou à la cause l'ayant conduit à l'hôpital ou à consulter. Une approche dite *par organe* défavorise la personne âgée, car la maladie aiguë, ainsi que les soins et traitements hospitaliers non adaptés, peuvent entraîner des complications pouvant mener à un déclin fonctionnel temporaire, voire permanent.
- D'avoir une vue d'ensemble des répercussions de la maladie, de l'hospitalisation, des soins et des traitements sur chacun des aspects AINÉES, en particulier sur les capacités fonctionnelles et cognitives de la personne âgée, ce qui peut mener à une réévaluation du plan d'intervention et à son ajustement, au besoin.
- De déceler et de traiter précocement la détérioration d'une condition de santé se manifestant de façon atypique à travers les Signes AINÉES. Un grand nombre d'affections ne se manifestent chez l'adulte âgé que par des symptômes non spécifiques ou atypiques, attribués souvent à tort au vieillissement normal ou à des complications jugées inévitables chez les personnes âgées (voir Encadré 3).

Ainsi, chez l'adulte âgé, une pneumonie peut ne pas se présenter sous sa forme habituelle. L'absence de fièvre, de toux, de dyspnée ou de leucocytose peut induire en erreur. En fait, une pneumonie pourra se manifester seulement par une détérioration de certains Signes AINÉES tels que faiblesse, chutes, apathie,

*L'évaluation initiale et continue des Signes AINÉES peut changer le parcours de santé et de vie d'un adulte âgé au cours d'une période de maladie aiguë comme en témoigne l'histoire de l'amie de M<sup>me</sup> Rose.*

M<sup>me</sup> Justine est âgée de 83 ans. Elle vit à domicile avec son conjoint atteint de la maladie de Parkinson. Elle a été admise dans une unité de médecine pour recevoir une antibiothérapie intraveineuse à la suite d'une cellulite qui lui a causé de grandes douleurs à la jambe droite. Voici ses antécédents médicaux : diabète de type 2 maîtrisé, arthrose de la hanche droite, insuffisance veineuse aux membres inférieurs.

Après huit jours d'hospitalisation, « sa jambe droite » se porte mieux, la cellulite ayant bien réagi à l'antibiothérapie, mais M<sup>me</sup> Justine doit demeurer à l'hôpital en raison de complications : délirium hypoactif multifactoriel sur déshydratation, insuffisance rénale aiguë secondaire, dénutrition, infection urinaire, déconditionnement. Son conjoint est bouleversé ; il craint que son épouse ne puisse plus revenir à la maison.

### Que s'est-il passé ?

Après étude du dossier, on constate que les Signes AINÉES de M<sup>me</sup> Justine, tels qu'ils étaient avant son hospitalisation, dans son environnement quotidien, n'ont pas été évalués au moment de son admission (question 1). Par la suite, les détériorations de son état de santé ont été imputées à tort au vieillissement normal et à sa maladie. En conséquence, lorsque la patiente a perdu sa capacité de marcher et que ses facultés cognitives se sont subitement altérées, ces changements n'ont pas inquiété l'équipe de soins. Ce n'est qu'au moment de la visite de son conjoint, trois jours après l'admission de M<sup>me</sup> Justine, que l'infirmière a été alertée quand il lui a affirmé ne plus reconnaître son épouse. Il la trouvait somnolente et se disait surpris de la voir incapable de se déplacer à l'aide de la marchette qu'il lui avait apportée de la maison.

De fait, le plan d'intervention infirmier n'avait ni tenu compte des capacités fonctionnelles de M<sup>me</sup> Justine qui, à la maison, marchait de façon autonome, ni considéré qu'elle était atteinte d'une surdité importante de l'oreille droite non compensée par un appareil auditif. On ne lui avait pas fourni de marchette et au début de son séjour, on avait déduit que sa difficulté à répondre adéquatement aux questions résultait d'une atteinte cognitive causée par son âge plutôt que par un problème auditif. Ensuite, sa somnolence et son inattention ont été attribuées aux effets secondaires des opiacés plutôt qu'à la possibilité d'un délirium causé par une dose ou une fréquence inappropriées.

M<sup>me</sup> Justine portait une culotte d'incontinence lorsqu'elle a été transférée de l'urgence. Ne sachant pas qu'elle était continente à domicile, le personnel a ignoré son incontinence *de novo* et conséquemment, n'en a ni évalué les causes (ici, une infection urinaire), ni vérifié si la patiente pouvait se rendre à la toilette par elle-même ou si elle avait besoin d'aide.

Finalement, l'équipe n'a pas porté attention au fait que M<sup>me</sup> Justine ne s'hydratait pas suffisamment. En fait, par crainte d'uriner dans sa culotte d'incontinence et gênée de demander de l'aide, elle a tout simplement préféré limiter sa consommation de liquide et d'aliments.

## ENCADRÉ 3 Pour qui utiliser l'outil Signes AINÉES ?

Le cas de M<sup>me</sup> Justine, présenté dans l'Encadré 2, illustre bien la spirale de complications évitables pouvant atteindre l'adulte âgé en période de maladie aiguë quand on ne tient pas compte de ses Signes AINÉES habituels et actuels. Il est recommandé d'utiliser l'outil des Signes AINÉES :

- Pour tous les adultes âgés de 75 ans et plus, en raison de la vulnérabilité physiologique accrue à partir de cet âge.
- Pour les personnes de 65 ans et plus considérées comme plus fragiles en raison d'une perte de capacités physiques (p. ex., maladie de Parkinson), d'une démence, d'antécédents de délirium ou de dénutrition.

Sont exclus les adultes âgés en situation de soins palliatifs ou de fin de vie pour qui la prévention du déclin fonctionnel n'est habituellement pas un objectif.

perte d'appétit et de poids, ainsi que des changements cognitifs ou des comportements inhabituels. Ces signes de « détérioration de l'état général » ne sont bien souvent que la pointe de l'iceberg. Si l'équipe soignante croit qu'ils sont normaux chez une personne âgée, elle n'interviendra pas adéquatement. De même, l'infirmière qui ne connaît pas les Signes AINÉES habituels de son patient âgé ne pourra pas remarquer de détérioration surtout si elle considère les adultes âgés comme une population homogène. C'est pourquoi les évaluations des Signes AINÉES au moment de l'admission de l'adulte âgé et pendant l'épisode de soins permettront de repérer une détérioration de son état de santé. Ces détériorations sont appelées « alertes AINÉES » et demandent des interventions rapides : intensifier la surveillance clinique, procéder à une évaluation plus précise du problème, rechercher les causes et les facteurs contributifs et adapter les plans d'intervention intra et interprofessionnels.

La surveillance des Signes AINÉES prévient la spirale de complications qu'on rencontre souvent chez les adultes âgés. Elle permet également de constater une amélioration de sa condition ainsi que les effets bénéfiques et indésirables ou iatrogènes du plan d'intervention. Comme l'indique la quatrième question de l'outil Signes AINÉES :

« Le plan de traitement actuel est-il le meilleur pour favoriser les Signes AINÉES de ce patient ? ». Est-ce qu'en traitant un problème, on en crée un autre tout aussi grave ? Certains médicaments, par exemple le métronidazole, coupent l'appétit ou causent la dysgueusie. Peut-être est-il alors justifié, si un autre traitement existe, de changer d'antibiotique et d'éviter la déshydratation, la malnutrition et les déséquilibres biochimiques associés qui augmentent le risque de perte de poids, de délirium et de déconditionnement. La même réflexion s'impose au moment du choix d'un médicament analgésique ayant parfois des effets secondaires qui peuvent mener au délirium, à la dénutrition et au déconditionnement.

### Une responsabilité interprofessionnelle

En raison de la complexité croissante de la condition de santé de la clientèle âgée, seule une approche holistique permettra de rendre les soins efficaces, et ce, autant en milieu de soins généraux que spécialisés. En effet, pourquoi offrir un traitement de pointe à un adulte âgé si, parallèlement, l'approche de soins lui cause des incapacités fonctionnelles ? Ainsi, bien que « la santé de l'organe ait été améliorée », l'aîné, victime d'une perte d'autonomie par suite de soins non adaptés à sa vulnérabilité, perd

sa qualité de vie ce qui engendre des coûts prohibitifs en soins de santé. Dans l'AAPA (MSSS, 2011), tous les membres de l'équipe interprofessionnelle sont appelés à adapter leur pratique, notamment en matière d'observation et d'évaluation (voir Encadré 1).

L'utilisation des Signes AINÉES s'adapte au rôle de l'intervenant auprès du patient ; qu'il soit médecin, infirmière, physiothérapeute, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, etc. L'information découlant de l'observation, de l'évaluation et de l'évolution des Signes AINÉES des différents intervenants doit être transmise à tous les membres de l'équipe soignante pour assurer une continuité des soins et des objectifs visés. Le suivi des Signes AINÉES fait partie des aspects discutés pendant les réunions interprofessionnelles et les transferts d'information entre intervenants d'une même discipline.

Le plan d'intervention et les Signes AINÉES sont suivis par les équipes médicale et infirmière. Les autres membres de l'équipe soignante signalent les changements dans les Signes observés durant leurs évaluations et interventions. Ils collaborent aux interventions ainsi qu'à la recherche de solutions en fonction de leur champ de compétence respectif. Ainsi, les complications seront décelées et traitées plus rapidement diminuant ainsi la perte d'autonomie, les durées de séjour et les besoins en ressources humaines durant le séjour hospitalier et posthospitalier.

Les Signes AINÉES ont été élaborés initialement pour être utilisés en soins de courte durée à l'urgence et dans les unités d'hospitalisation. L'expérience démontre que cet outil peut aussi être utile dans d'autres contextes, par exemple en soins de première ligne en clinique ou à domicile, en clinique ambulatoire spécialisée, en ressources d'hébergement ou en centre de réadaptation.

L'utilisation des Signes AINÉES est relativement simple. Le défi consiste à les intégrer aux processus d'évalua-

tion initiale et continue de la clientèle âgée et aux outils de documentation en vigueur.

La deuxième partie de cet article traitera de la documentation et de l'intégration concrète des Signes AINÉES dans l'évaluation infirmière d'un adulte âgé hospitalisé ou vivant dans la communauté. Il abordera aussi comment les Signes AINÉES permettent de mieux faire équipe avec l'adulte âgé et sa famille dans la prévention du déclin fonctionnel au cours d'une maladie aiguë. ■

### Remerciements

Les auteures tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur contribution inestimable, que ce soit pour le développement du concept et des outils AINÉES au CHUM ou pour la rédaction des deux parties de cet article : Sylvie Guillemette, infirmière conseillère en soins infirmiers, Francine Ouimet et Nathalie Lepage, infirmières de suivi clientèle personnes âgées, Nathalie Larochelle, infirmière clinicienne coach OPTIMAH, et Manon Bougie, conseillère en soins infirmiers spécialisés (urgences). Elles remercient également les autres collègues du comité des pratiques cliniques interprofessionnelles OPTIMAH du CHUM pour leur apport au développement de l'approche OPTIMAH, en particulier Marthyne Brazeau, audiologiste, Komala Voora, physiothérapeute, Geneviève St-Germain, ergothérapeute, Louise Belley et Maya Khadag, nutritionnistes.

## Les auteures



**Sylvie Lafrenière** est conseillère en soins infirmiers spécialisés, clientèle personnes âgées, au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.



**Annik Dupras** est médecin interniste gériatre et professeure adjointe de clinique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Elles sont, depuis 2008, coresponsables du développement clinique de l'approche interprofessionnelle OPTIMAH au CHUM.

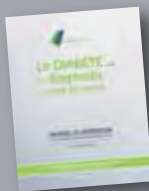
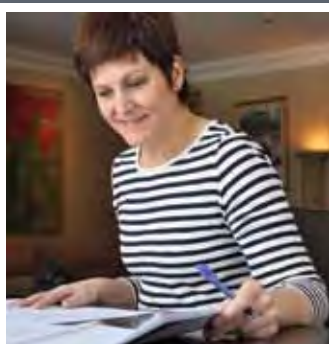
### Références

- Francis, D.C. et J.M. Lahaie. « Iatrogenesis: the nurse's role in preventing patient harm », in M. Boltz, E. Capezuti, T. Fulmer et D. Zwicker (ss la dir.de), *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (4<sup>e</sup> éd.), New York (NY), Springer, 2012, p. 200-228.
- Fulmer, T. « How to try this: Fulmer SPICES », *American Journal of Nursing*, vol. 107, n° 10, oct. 2007, p. 40-48.
- Inouye, S.K., S.T. Bogardus Jr., D.I. Baker, L. Leo-Summers et L.M. Cooney Jr. « The Hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, n° 12, déc. 2000, p. 1697-1706.
- Inouye, S.K., D. Acampora, R.L. Miller, T. Fulmer, L.D. Hurst et L.M. Cooney Jr. « The Yale Geriatric Care Program: a model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 41, n° 12, déc. 1993, p. 1345-1352.
- Lafont, C., S. Gérard, T. Voisin, M. Pahor et B. Vellas. « Comment réduire la dépendance iatrogène chez les sujets âgés hospitalisés ? », *Les cahiers de l'année gériatrique*, vol. 3, n° 1, oct. 2011, p. 6-26.
- Mclver, S. et R. Wyndham. *After the Error. Speaking out About Safety to Save Lives*, Toronto (ON), ECW Press, 2013, 264 p.
- Melbourne Health Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit. « Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: Quick guide », Melbourne (Australie), 2004, 31 p. [En ligne : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/125F8D37AC152227CA257852001000B6/\\$FILE/functional-decline-manual-quickguide.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/125F8D37AC152227CA257852001000B6/$FILE/functional-decline-manual-quickguide.pdf)]
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*, Québec, MSSS, 2011, 205 p. [En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>]
- Palmer, R.M., S.R. Counsell et S.C. Landefeld. « Acute care for elders units », *Disease Management and Health Outcomes*, vol. 11, n° 8, 2003, p. 507-517.
- Palmer, R.M., S.R. Counsell et S.C. Landefeld. « Clinical intervention trials: the ACE unit », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 14, n° 4, nov. 1998, p. 831-849.
- Palmisano-Mills, C. « Common problems in hospitalized older adults », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 33, n° 1, janv. 2007, p. 48-54.
- Sager, M.A. et M.A. Rudberg. « Functional decline associated with hospitalization for acute illness », *Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 14, n° 4, nov. 1998, p. 669-679.
- Victorian Government Department of Human Services. « Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings: Update 2007 », Melbourne (Australie), 2007, 29 p. [En ligne : [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0A1A42D295F67742CA257852000ECC48/\\$FILE/functional-decline-update.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/0A1A42D295F67742CA257852000ECC48/$FILE/functional-decline-update.pdf)]
- Voyer, P., F. Collin, S. Racine et M. Bourque. « Principes des soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie dans divers milieux de soins », in P. Voyer (ss la dir. de), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2<sup>e</sup> éd.), Saint-Laurent (QC), Éditions du Renouveau pédagogique, 2013, p. 29-48.



## FORMATION ACCRÉDITÉE EN DIABÈTE À DISTANCE À PARTIR DE 145\$ NON-TAXABLE

à votre rythme et à compléter à la maison



**LE DIABÈTE, UNE INTRODUCTION**  
10H - PRIX : 145 \$

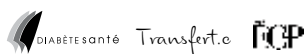
**LE DIABÈTE, DU DIAGNOSTIC  
À LA PRISE EN CHARGE**  
20H - PRIX : 295 \$

non-taxable - matériel inclus



- Manuel de formation
- Questionnaire quiz à choix multiples à compléter à la maison
- Enveloppe retour
- Reçu d'impôts
- Attestation de réussite accréditée personnalisée

Délai de 3 mois pour compléter la formation.  
Accompagnement soutenu tout au long de votre formation.



INSCRIVEZ-VOUS EN TOUT TEMPS : [www.diabetesante.com](http://www.diabetesante.com) • 1-855-855-1478 (sans frais)



# Et si le patient vous demandait de vous laver les mains...

*Une enquête du CHUM se penche sur la participation des patients à l'amélioration de l'hygiène des mains et dévoile les perceptions des soignants.*

Par **Natacha Des Rosiers**, inf., M.Sc., **Pauline Laplante**, inf., M.Sc., ICS-PCI, **Yves Longtin**, M.D., FRCPC, et **Cécile Michaud**, inf., Ph.D.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) reconnaît que l'hygiène des mains est essentielle pour prévenir les infections associées aux soins et la transmission des bactéries multirésistantes (OMS, 2010). L'OMS prône également la participation des patients pour améliorer la sécurité et la qualité des soins (OMS, 2005 ; WHO, 2007). Les modèles traditionnels d'organisation des soins attribuent un rôle passif au patient dans le traitement de sa maladie. En fait, bien que la plupart des professionnels de la santé s'accordent pour affirmer que les patients doivent jouer un rôle plus important, la participation des patients est rarement soutenue de façon active. Le système de santé évolue plutôt vers un modèle qui priorise les décisions prises par les professionnels de la santé. Ce modèle est difficile à transformer autant par les soignants que par les patients (Doherty et Stavropoulou, 2012). Conséquemment, la participation des patients peut être mal perçue par les soignants (Lent *et al.*, 2009 ; Longtin *et al.*, 2009, 2010 ; McGuckin *et al.*, 2011) et par les patients qui craignent d'être étiquetés « difficiles » (Doherty et Stavropoulou, 2012).

## Patient partenaire

Selon plusieurs auteurs (Lent *et al.*, 2009 ; Longtin *et al.*, 2009, 2010 ; McGuckin *et al.*, 2011), les patients pourraient améliorer l'hygiène des mains en rappelant aux soignants d'observer les mesures d'hygiène avant de procéder à des soins ou des examens. Cette stratégie est soutenue par plusieurs organisations dont l'OMS, le Center for Disease Control and Prevention et l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Une étude du Dr Yves Longtin (2010), chercheur et infectiologue, a évalué les perceptions de patients suisses sur ces programmes de rappel aux professionnels. Seulement 24 % des patients interrogés se sentaient à l'aise de demander aux infirmières ou aux médecins de se laver les mains. Par contre, leur intention de leur demander faisait plus que doubler s'ils étaient explicitement invités à le faire. Ainsi, les soignants qui portaient un macaron invitant leurs patients à poser la question facilitaient grandement leur participation (Longtin *et al.*, 2009, 2010).

Le Dr Longtin (2012) a aussi évalué comment les soignants percevaient la collaboration des patients. S'il s'agit d'une erreur décelée par le patient, l'intervention de ce dernier est souhaitée par la grande majorité. Pour ce qui est de



© Sandor Kacso / Dreamstime.com

se faire rappeler l'hygiène des mains, la majorité des soignants admettent que ce rappel améliorerait l'hygiène des mains, mais plusieurs appréhendent l'humiliation ou une remise en question de leur professionnalisme si une telle situation leur arrivait.

Selon une étude de Didier Pittet, de nombreux soignants seraient réticents à ce rappel du patient par crainte de nuire à la relation patient-soignant. Cette étude conclut que l'activité la plus utile pour inviter les patients à demander aux soignants de se laver les mains est de s'assurer que le patient reçoit sa propre bouteille de solution hydroalcoolique de la part du soignant. Cette invitation témoignerait de l'attitude positive du soignant (Pittet *et al.*, 2011).

Plusieurs autres études portant sur la participation des patients à l'hygiène des mains ont été menées en Europe et aux États-Unis où les normes sociales peuvent différer de celles du Québec.

## Résultats

**Hygiène des mains.** Tous les soignants (100 %) sont d'accord avec l'affirmation que l'hygiène des mains prévient les infections en établissement hospitalier. La majorité d'entre eux (80 %) croit que l'omission de se désinfecter les mains avant de toucher à un patient aura des conséquences importantes. Cependant, la plupart des répondants (65 %) l'omettent rarement ou n'omettent jamais de le faire. De l'avis de la majorité (72 %), leur pratique de l'hygiène des mains pourrait être améliorée, mais peu (4,5 %) l'estiment moins bonne que celle de leurs collègues.

**Participation des patients à la prévention des erreurs et à la promotion de l'hygiène des mains.** Seulement quatre soignants (moins de 5 %), dont trois préposés aux bénéficiaires, s'étaient déjà fait demander par un patient de se laver les mains. Malgré ce nombre peu élevé, les soignants ont en général une opinion favorable d'une intervention possible de leurs patients. Par exemple, la vaste majorité des soignants (89 %) se dit d'accord avec le fait que la collaboration des patients devrait être

## Méthodologie

À l'instar de l'étude de Pittet *et al.*, (2011), cette enquête constitue un projet d'amélioration continue de la qualité des soins et de prévention et contrôle des infections (PCI). Son but est d'évaluer comment les soignants perçoivent la participation des patients à l'hygiène des mains. Les données ont été recueillies auprès du personnel de l'unité de médecine et de l'unité d'isolement du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). L'enquête s'est déroulée du 23 janvier au 28 février 2012.

### Participation

Le taux de participation moyen est de 76 % (91/119) : 74 % (51/69) de l'unité de médecine et 80 % (40/50) de l'unité d'isolement. Les répondants sont surtout des femmes (80,5 %) et occupent des postes d'infirmières ou d'infirmières auxiliaires (70,6 %) depuis moins de cinq ans (56,7 %).

### Collecte

Le questionnaire utilisé a été créé par le Dr Yves Longtin (2009) et adapté pour répondre au milieu de soins. Il comprend trente-sept questions : vingt-huit d'entre elles selon l'échelle de Likert passant de 1, pas du tout d'accord à 5, tout à fait d'accord ; cinq sur les caractéristiques sociodémographiques et la pratique d'hygiène des mains ; et deux questions ouvertes pour cibler les activités prioritaires à réaliser.

Il s'agit d'un questionnaire autoadministré, d'une quinzaine de minutes, distribué à l'ensemble des soignants travaillant dans les deux unités. Les participants l'ont rempli sur une base volontaire et de façon anonyme. Les données ont été enregistrées dans une base de données Access/Excel et les tests statistiques faits avec SPSS.

## Au Québec et en Suisse

Comparativement à l'étude du Dr Longtin menée en Suisse (2009), les soignants sont majoritairement favorables à l'idée de la participation des patients à des programmes de rappel de lavage des mains. Le taux mesuré au Québec (76 %) est comparable à celui mesuré dans un hôpital en Suisse (71 %). Le désir de porter un macaron pour encourager les patients est également comparable à celui mesuré en Suisse (63 % vs 57 % au Québec). Par ailleurs, si des patients leur rappelaient de se laver les mains avant un soin, les répondants du Québec ressentiraient plus de culpabilité que les Suisses (51 % vs 44 %) mais moins de sentiments désagréables tels la honte, la crainte d'une réaction de colère, l'humiliation ou un sentiment d'incompétence.

encouragée dans le but d'améliorer la qualité des soins. La participation des patients est particulièrement souhaitée lorsque le patient décèle une véritable erreur médicale (96 %). De plus, 76 % des soignants pensent que les patients devraient leur demander de se nettoyer les mains avant de les soigner et 68 % croient que cette invitation serait une mesure efficace pour améliorer la pratique d'hygiène des mains dans le centre hospitalier.

De nombreux soignants seraient prêts à encourager explicitement les patients à leur poser la question et 57 % accepteraient de porter un macaron sur leur uniforme pour les encourager à leur rappeler de se désinfecter les mains. Seulement 22 % croient qu'inviter les patients à leur demander s'ils se sont désinfecté les mains prendrait trop de temps.

**Sentiments éprouvés.** Le soignant pourrait éprouver divers sentiments dans l'hypothèse où il se ferait rappeler par un patient de se désinfecter les mains avant de lui toucher ou s'il devait reconnaître qu'il ne l'a pas fait avant de toucher à un patient (voir Tableau 1).

Le sentiment le plus fréquemment éprouvé est la reconnaissance : trois soignants sur quatre éprouveraient de la reconnaissance envers un patient qui contribue ainsi à améliorer sa sécurité. Cependant, d'autres sentiments moins agréables ont aussi été exprimés par une fraction des répondants : la culpabilité, la honte, la crainte de provoquer la colère du patient, l'impression que celui-ci ne lui fait pas confiance, l'humiliation et la crainte de paraître incompétent. L'impression d'un manque de respect (3 %) et d'une remise en question (17 %) a aussi été évoquée par les participants.

**Les soignants admettent qu'un rappel par le patient améliorerait l'observance des consignes d'hygiène des mains, mais nombre d'entre eux appréhendent les émotions suscitées par ce rappel.**

**Tableau 1** Sentiments éprouvés par le soignant dans l'hypothèse où le patient lui demande s'il a appliqué les mesures d'hygiène des mains

Sentiments	Proportion des répondants éprouvant ce sentiment		Commentaires des répondants du Québec
	Suisse	Québec	
Reconnaissance	-	74 %	
Culpabilité	44 %	51 %	
Honte	43 %	42 %	Différence entre les unités Isolement = 68 % Médecine = 32 %**
Crainte d'une réaction de colère du patient	46 %	38 %	Différence entre les unités Isolement = 62 % Médecine = 38 %* Différence selon le sexe F = 43 % H = 14 %*
Manque de confiance	-	22 %	Différence selon le sexe F = 50 % H = 21 %*
Humiliation	27 %	21 %	Différence selon le sexe F = 24 % H = 0 %*
Peur de paraître incompetent	26 %	20 %	

\* p < 0,05, \*\* p < 0,01

La Tableau 1 illustre que certaines catégories de soignants éprouvent des sentiments différents, selon l'unité où ils travaillent ou selon leur sexe. Ainsi, le personnel de l'unité d'isolement, plus que celui de médecine générale, éprouverait de la honte et appréhenderait plus la colère des patients s'ils ont des manquements à leur pratique d'hygiène des mains. De même, les femmes, plus que les hommes, craindraient une réaction de colère de la part du patient, ressentiraient plus souvent de l'humiliation et une impression de manque de confiance.

### Mesures de prévention et de contrôle des infections

Afin de mieux comprendre les opinions des répondants quant à l'efficacité d'un programme de participation des patients, le questionnaire demandait d'énoncer les mesures qui leur semblaient les plus efficaces pour prévenir les infections nosocomiales. Les soignants ont ainsi suggéré différentes mesures qui ont été classées selon leur efficacité à réduire les infections. La plus populaire est l'hygiène des mains (44,3 %), suivie par le respect des techniques d'isolement (14 %), par l'accès à un lavabo et aux solutions hydroalcooliques (11,4 %) et par l'utilisation appropriée d'affiches sur l'hygiène des mains (7,6 %).

Le tiers des soignants pense que différentes activités devraient inciter les patients à se laver les mains pendant leur séjour hospitalier : enseignement, documentation, rappel par les soignants, offre de solutions hydroalcooliques, etc.

Parmi les activités de prévention et de contrôle des infections (PCI) orientées vers les patients, les recommandations les plus populaires sont la participation des patients à l'amélioration de l'hygiène des mains (13 %), la formation (13 %), l'utilisation d'affiches sur l'hygiène des mains (11 %), la surveillance et le rappel de l'hygiène des mains (8 %) et la participation des visiteurs (6 %).

Cette enquête est la première du genre au Québec. Elle porte sur un sujet d'actualité innovateur qui s'inscrit dans la conception du patient partenaire des soins. Globalement, les soignants interrogés dans les deux unités de soins croient que l'hygiène des mains est un mode important de prévention des infections à l'hôpital. À la lumière des résultats, il ressort que la majorité des soignants soutient l'idée d'inviter les patients à leur rappeler les consignes d'hygiène des mains, mais les stratégies pour les y inviter restent à préciser. De même, le développement de sentiments négatifs par plusieurs soignants devra être pris en compte pour éviter une détérioration de la qualité de la relation patient-soignant.

L'équipe de recherche de Sarah Wilson (2011) démontre que la culture de l'unité de soins et la pression sociale jouent un rôle important dans la perception du rôle du patient dans la prévention des infections, ainsi que dans les émotions suscitées par la possibilité de lacunes relatives à l'hygiène des mains. Cette culture de la PCI doit s'étendre à l'ensemble de l'établissement de soins et être considérée comme prioritaire (Pittet et al., 2011).

Les résultats de la présente enquête montrent bien qu'un changement d'attitude concernant la prévention des infections et la participation des patients s'amorce chez les soignants. Ce partenariat soignant-patient en PCI rejoint tout à fait la conception du patient partenaire récemment instaurée dans certains établissements de santé et qui constitue le premier principe des *Perspectives de l'exercice de la profession infirmière* depuis 2004 (OIIQ, 2010). Cette avenue prometteuse s'inscrira dans une culture de sécurité et de qualité de soins dans les établissements de santé.

**Remerciements :** Nous remercions sincèrement les chefs d'unités et les membres du personnel soignant de l'unité de médecine et de l'unité d'isolement du CHUM pour leur collaboration dans ce projet d'amélioration continue de la qualité des soins.

**Ndlr :** Une version abrégée de cet article a été publiée dans le journal des soins infirmiers du CHUM : Des Rosiers, N., P. Laplante, Y. Longtin et C. Michaud. « La participation des patients à l'amélioration de l'hygiène des mains : une idée qui fait son chemin », *L'avant-garde*, vol. 13, n° 1, hiver 2013, p. 1-2. [En ligne : [www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/A\\_propos/PDF/ag\\_vol13\\_no1.pdf](http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/documents/A_propos/PDF/ag_vol13_no1.pdf)]

## Les auteurs



**Natacha Des Rosiers** était étudiante à la maîtrise en sciences cliniques à l'Université de Sherbrooke au moment du projet. Elle est maintenant diplômée et occupe un poste de conseillère en prévention des infections au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.



**Pauline Laplante** est infirmière clinicienne spécialisée en PCI. Elle était chef de service de l'unité de prévention des infections du Centre hospitalier de l'Université de Montréal au moment du projet et est récemment à la retraite.



**Yves Longtin** est médecin, microbiologiste et infectiologue à l'Hôpital Général Juif de Montréal.



**Cécile Michaud** est professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

### Bibliographie

- Ciofi degli Atti, M.L., A.E. Tozzi, G. Cillento, M. Pomponi, S. Rinaldi et M. Raponi. « Health-care workers' and parents' perceptions of measures for improving adherence to hand hygiene », *BioMed Central Public Health*, vol. 11, n° 466, juin 2011, p. 1-8. [En ligne : [www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-466.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-466.pdf)]
- Deci, E.L. et R.M. Ryan. « Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health », *Canadian Psychology*, vol. 49, n° 3, 2008, p. 182-185. [En ligne : [www.anitacrawley.net/Articles/Deci%20and%20Ryan.pdf](http://www.anitacrawley.net/Articles/Deci%20and%20Ryan.pdf)]
- Doherty, C. et C. Stavropoulou. « Patients' willingness and ability to participate actively in the reduction of clinical errors: a systematic literature review », *Social Science and Medicine*, vol. 75, n° 2, juil. 2012, p. 257-263.
- Fishbein, M. et I. Ajzen. *Belief, Attitude, Intention and Behavior: an Introduction to Theory and Research*, Reading (MA), Addison-Wesley, 1975, 480 p.
- Lent, V., E.C. Eckstein, A.S. Cameron, R. Budavich, B.C. Eckstein et C.J. Donskey. « Evaluation of patient participation in a patient empowerment initiative to improve hand hygiene practices in a Veterans Affairs medical center », *American Journal of Infection Control*, vol. 37, n° 2, mars 2009, p. 117-120.
- Longtin, Y., N. Farquet, A. Gayet-Ageron, H. Sax et D. Pittet. « Caregivers' perceptions of patients as reminders to improve hand hygiene », *Archives of Internal Medicine*, vol. 172, n° 19, 22 oct. 2012, p. 1516-1517.
- Longtin, Y. « Questionnaire sur la perception des soignants à la participation des patients dans l'amélioration de l'hygiène des mains », communication personnelle, 19 janvier 2012.
- Longtin, Y., H. Sax, L.L. Leape, S.E. Sheridan, L. Donaldson et D. Pittet. « Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 85, n° 1, janv. 2010, p. 53-62.
- Longtin, Y., H. Sax, B. Allegranzi, S. Hugonnet et D. Pittet. « Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene », *Infection Control and Hospital Epidemiology*, vol. 30, n° 9, sept. 2009, p. 830-839.
- McGuckin, M., J. Storr, Y. Longtin, B. Allegranzi et D. Pittet. « Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy », *American Journal of Medical Quality*, vol. 26, n° 1, janv./févr. 2011, p. 10-17.
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Montréal, OIIQ, 2010, 32 p.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. Premier défi mondial pour la sécurité des patients. Un soin propre est un soin plus sûr*, Genève, OMS, 2010, 68 p. [En ligne : [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_IER\\_PSP\\_2009.07\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_PSP_2009.07_fre.pdf)] (Page consulté le 12 sept. 2012.)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) - Alliance mondiale pour la sécurité des patients. *Défi mondial pour la sécurité des patients, 2005-2006 : un soin propre est un soin plus sûr*, Genève, OMS, 2005, 36 p. [En ligne : [www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC\\_Launch\\_French%20FINAL\\_low\\_res.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/GPSC_Launch_French%20FINAL_low_res.pdf)] (Page consultée le 12 sept. 2012.)
- Pittet, D., S.S. Panesar, K. Wilson, Y. Longtin, T. Morris, V. Allan et al. « Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study », *Journal of Hospital Infection*, vol. 77, n° 4, avril 2011, p. 299-303.
- Wilson, S., C.J. Jacob et D. Powell. « Behavior-change interventions to improve hand-hygiene practice: a review of alternatives to education », *Critical Public Health*, vol. 21, n° 1, 1<sup>er</sup> mars 2011, p. 119-127.
- World Health Organization (WHO). *Alliance for Patient Safety Hand Hygiene Survey: Result from Phase One*, WHO, Genève, oct. 2007, 18 p. [En ligne : [www.who.int/entity/patient-safety/hand\\_hygiene\\_survey\\_phase1.pdf](http://www.who.int/entity/patient-safety/hand_hygiene_survey_phase1.pdf)] (Page consultée le 18 janvier 2012.)
- World Health Organization (WHO). *Perception Survey for Health-Care Workers*, WHO, Genève, révisé en août 2009, 7 p. [En ligne : [www.who.int/entity/gpsc/5may/Perception\\_Survey\\_for\\_Health\\_care\\_Workers.doc](http://www.who.int/entity/gpsc/5may/Perception_Survey_for_Health_care_Workers.doc)] (Page consultée le 18 janv. 2012.)

## ÉDUCATION DES INFIRMIERS INC. GUIDER PAR L'ÉDUCATION

### COURS DE RÉVISION

- Révision pour l'EAIC
- Révision pour l'EAICAC
- Révision pour l'ECOS
- Révision pour NCLEX
- Révision pour l'OIIQ

### ÉDUCATION CONTINUE : PROGRAMMES DE CERTIFICATS

- Formation de réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour les dispensateurs de soins
- Thérapie intraveineuse et ponction veineuse
- La voie veineuse centrale
- Administration des médicaments pour IA/IAA
- L'examen physique
- Procédures de soins infirmiers
- Interprétation des analyses de laboratoire
- Interprétation d'un ECG et gestion d'arythmie
- Premiers secours et RCR
- Manipulation de nourriture (de base et avancé)



info@montreal.nurseseducation.com  
www.nurseseducation.com  
514.507.5600

3545 Chemin de la Côtes-des-Neiges, bureau 024  
Montréal, Québec H3H 1V1

[ Summerhill coin et Côtes-des-Neiges ]

Nous sommes plus de 72 000 infirmières et infirmiers au Québec.



# Unissons-nous, pour mieux soigner

- Participons à un mouvement collectif visant l'amélioration constante des soins aux patients.
- Appuyons la réalisation d'un important projet infirmier, d'une valeur de 250000\$.
- Affirmons notre fierté de soutenir l'avancement de notre profession par un geste à la fois solidaire et déductible.

**La Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, c'est *notre* fondation.** Depuis 25 ans, elle œuvre à mettre sur pied des innovations infirmières qui font du bien. Tout simplement.

*Donnons à [fondationoiiq.org](http://fondationoiiq.org)*



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

*Pour mieux  
soigner.*

# Réchauffement climatique et populations nordiques

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



Un chasseur Inuit du Nunavut.

© Gordon Wiltsie / National Geographic Creative

Les changements climatiques font déjà sentir leurs effets partout sur la planète. Les territoires nordiques ne sont pas épargnés. Des températures plus élevées, des précipitations plus nombreuses et des événements météorologiques extrêmes ont des impacts qui, selon les modèles prédictifs, toucheront grandement les populations autochtones nordiques. Selon plusieurs chercheurs, leur résilience est déjà sollicitée.

Au Nunavik, le réchauffement observé depuis 1995 s'accroîtra d'ici 2050, notamment en hiver où les estimations prévoient une hausse de température de 4,5 à 6,5°C et une augmentation des précipitations de 17 à 29 %, entraînant une plus grande accumulation de neige au sol.

## Population

Au Canada, le Nord est fonctionnellement défini par la limite sud du pergélisol, c'est-à-dire où le sol est gelé en permanence. Cette définition reflète bien les considérations

physiques et culturelles de la population qui y habite. Elle représente environ 2,5 millions de personnes, dispersées sur un territoire de 8,5 millions de kilomètres carrés.

Plus précisément, les populations nordiques des provinces de l'Ouest, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba, et celles des territoires du nord canadien, soit le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, celles du Nord-du-Québec, soit le Nunavik, la région de la Baie James et la péninsule du Labrador, totalisent environ 1,9 million de personnes, soit 5,5 % de toute la population canadienne. Les Inuits représentent 84 à 90 % de la population vivant au Nunavik et au Nunatsiavut et 55 % de celle de la région d'Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest. La population du Nunavik a doublé dans les trente dernières années, passant de 5 960 en 1986 à 11 860 en 2011. La population est jeune, le tiers étant âgé de moins de 15 ans (comparativement à 16 % pour le reste du Québec).



Kuujuaq, village du Nunavik situé sur le bord de la rivière Koksoak dans le Nord-du-Québec.

© Anne-Marie Lowe



Mère et enfants Inuits.

© Anne-Marie Lowe



Les chiens de traîneaux dans les Territoires du Nord-Ouest.

© Gordon Wiltzie / National Geographic Creative

## Impact culturel

Dès 1999, l'Institut international du développement durable, établi à Winnipeg, et la communauté de Sachs Harbour (environ 125 personnes) de l'île Banks, dans la région de la mer de Beaufort, ont documenté les impacts environnementaux, locaux et régionaux du réchauffement. En 2000, à la Conférence des parties de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), les chasseurs et les anciens de Sachs Harbour ont présenté avec autorité leurs observations et ont fait état de la fonte du pergélisol qui entraîne l'effondrement des plages et l'érosion des berges des lacs. Ils étaient en mesure de témoigner de l'intensification des chutes de neige, de l'allongement des périodes où la mer est libre de glace, de l'apparition de nouvelles espèces d'oiseaux et de poissons (l'effraie des clochers, le canard colvert, le canard pilet et le saumon) et de la baisse de la population de lemmings qui forment le régime de base du renard arctique, une espèce de choix pour les chasseurs. En 2007, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) désignait l'Arctique circumpolaire comme le baromètre mondial des changements climatiques (ONU, 2007).

Il est maintenant reconnu que l'élévation des températures et la prolongation de la saison chaude contribuent à diminuer la superficie de la banquise et l'épaisseur des glaces. Les communautés inuites du cercle polaire arctique dépendent grandement de la banquise pour se déplacer, pêcher et chasser le phoque, l'ours et la baleine. La pêche est non seulement source de subsistance alimentaire, mais c'est une activité sportive ancrée dans les traditions qui génère des revenus. L'impact du réchauffement climatique sur la communauté inuite, dont la culture est intimement liée à l'environnement, imposera une adaptation importante de son style de vie.

Ainsi, le dégel du pergélisol obligera les habitants à évaluer la sécurité des infrastructures existantes, à déplacer des bâtiments et à revoir leurs projets de construction en fonction de l'instabilité des sols.

## Santé

Les changements climatiques risquent aussi de nuire à la santé des populations nordiques. La sédentarisation pourrait en effet entraîner une dégradation de l'hygiène de vie et une augmentation des taux d'obésité et de diabète.

En raison de leurs habitudes culturelles qui comportent un contact intime avec la terre, l'exposition à des agents pathogènes présents dans leur eau et leur nourriture est une problématique avec laquelle les Inuits doivent déjà composer. Leurs habitudes alimentaires, par exemple les méthodes de préparation ou l'ingestion de viande crue, sont des facteurs de risque d'exposition à des parasites. Leur proximité avec des animaux domestiques et sauvages et la consommation d'eau non traitée sont aussi des facteurs de risque.

Des chercheurs (Messier *et al.*, 2012) ont documenté la séroprévalence de certains parasites chez la population inuite adulte du Nunavik, dont *Toxocara canis* (3,9 %), *Echinococcus granulosus* (8,3 %), *Leptospira* spp (5,9 %) et *Francisella tularensis* (18,9 %). De plus, environ deux tiers (59,8 %) des 917 participants à l'étude étaient séropositifs pour *Toxoplasma*



Inukshuk

© AWSeebaran / iStockphoto.com

*gondii*. Les changements dans les patrons climatiques pourraient modifier l'écologie de ces parasites, augmentant leurs capacités de survivre dans l'environnement.

Et avec des températures plus chaudes, la densité des insectes piqueurs risque d'augmenter et de nouvelles espèces pourraient apparaître, possiblement vectrices d'agents pathogènes. Le virus *Snowshoe hare* et le virus de *James-town Canyon* (du séro-groupe Californie) transmis par des moustiques *Aedes* et *Culiseta* causent des symptômes graves allant de la fièvre à des syndromes neurologiques comme l'encéphalite. Ces virus pourraient potentiellement migrer vers le nord, étant déjà observés à des latitudes élevées, notamment dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James et en Alaska (États-Unis). ■

Afin d'être en mesure d'évaluer les impacts que les changements climatiques auront sur les populations nordiques et leur environnement, il est primordial de colliger des données aujourd'hui afin de pouvoir les comparer dans le futur.

*Ndlr : Sur la photo d'ouverture, Jayko Apak, un chasseur Inuit à la chasse aux phoques. Cette photo a été prise sur l'île de Baffin dans le territoire du Nunavut et publiée par National Geographic dans la cadre d'une série d'articles sur l'impact des changements climatiques sur l'eau. [En ligne : <http://news.nationalgeographic.com/2012/04/120405-climate-change-waterborne-diseases-inuit/>]*

## Le Centre Nasivvik et le projet ArcticNet

Le Centre Nasivvik pour la santé des Inuits et les changements environnementaux est un centre de recherche et d'éducation qui soutient, encourage et organise des activités de formation et de recherche sur les Inuits et idéalement, réalisées par des Inuits du nord canadien. Plusieurs études démontrent que la gestion du risque pour la santé des populations inuites est significativement influencée par l'inclusion des communautés locales dans les processus.

Le Centre Nasivvik fait partie des collaborateurs qui participent au projet ArcticNet, un réseau de chercheurs financé par le gouvernement du Canada. ArcticNet regroupe plus de 140 chercheurs du domaine des sciences naturelles, des sciences de la santé et des sciences sociales qui sont rattachés à une trentaine d'universités canadiennes dont l'Université Laval. Ces chercheurs travaillent en collaboration avec des partenaires d'organisations inuites, du gouvernement et de l'industrie. Leur objectif est d'étudier les effets des changements climatiques et de la modernisation sur l'Arctique canadien côtier.

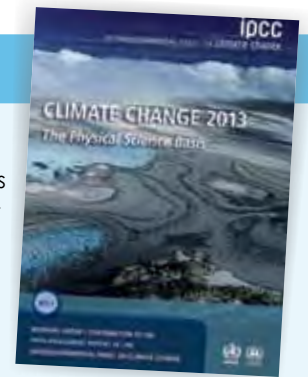
## Le GIEC

En 1988, l'Organisation météorologique mondiale (OMM) et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) ont créé le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). Le GIEC a pour mission d'évaluer les informations scientifiques, techniques et socioéconomiques permettant de comprendre les changements climatiques, d'en cerner les conséquences et d'envisager des stratégies d'adaptation et d'atténuation. À intervalles réguliers, le GIEC produit un rapport faisant la synthèse des travaux de centaines d'études relatives aux changements climatiques.

Publié en septembre 2013, le cinquième rapport du GIEC conclut que le réchauffement climatique est sans équivoque. « Depuis les années 1950, beaucoup de changements observés sont sans précédent depuis des décennies voire des millénaires. L'atmosphère et l'océan se sont réchauffés, l'étendue et le volume des neiges et des glaces ont diminué, le niveau des mers s'est élevé et les concentrations de gaz à effet de serre ont augmenté » (GIEC, 2013).

Le rapport constate qu'au cours des deux dernières décennies, les glaciers ont reculé et l'étendue de la banquise arctique et celle du manteau neigeux de l'hémisphère Nord ont continué à diminuer. Entre 1901 et 2010, le niveau moyen des mers à l'échelle du globe s'est élevé de 0,19 m [0,17 à 0,21].

Les experts du GIEC estiment que l'influence humaine est la cause principale du réchauffement observé depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle. Sans surprise, le GIEC prédit que les changements observés se poursuivront au cours du XXI<sup>e</sup> siècle.



### Bibliographie

- Centre de la Science de la Biodiversité du Québec (CSBQ), ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) et Ouranos. *Impacts des changements climatiques sur la biodiversité du Québec : résumé de la revue de littérature*. Montréal/Québec/Montréal, CSBQ/MDDEP/Ouranos, 2012, 29 p. [En ligne : [www.ouranos.ca/media/publication/231\\_RevueDeLitterature-ResumeWeb.pdf](http://www.ouranos.ca/media/publication/231_RevueDeLitterature-ResumeWeb.pdf)]
- Feltmate, B et J. Thistlethwaite. *Climate Change Adaptation: A Priorities Plan for Canada – Report of the Climate Change Adaptation Project (Canada)*. Waterloo, University of Waterloo, 150 p. [En ligne : <http://uwaterloo.ca/environment/sites/cu.environment/files/uploads/files/CCAP-Report-30May-Final.pdf>]
- Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC). « Changements climatiques 2013 – Les éléments scientifiques. Conclusions titres du Résumé à l'intention des décideurs » (communiqué), 27 sept. 2013. [En ligne : [www.climatechange2013.org/images/uploads/ar5\\_wg1\\_headlines\\_fr.pdf](http://www.climatechange2013.org/images/uploads/ar5_wg1_headlines_fr.pdf)]
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) - Working group I. *Climate Change 2013: The Physical Science Basis. Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Summary for Policymakers*, Genève, IPCC, 2013, 33 p.
- Messier, V., B. Levesque, J.F. Proulx, L. Rochette, B. Serhir, M. Couillard et al. « Seroprevalence of seven zoonotic infections in Nunavik, Quebec (Canada) », *Zoonoses Public Health*, vol. 59, n° 2, mars 2012, p. 107-117.
- Messier, V., B. Levesque, J.F. Proulx, L. Rochette, M.D. Libman, B.J. Ward et al. « Seroprevalence of *Toxoplasma gondii* among Nunavik Inuit (Canada) », *Zoonoses Public Health*, vol. 56, n° 4, mai 2009, p. 188-197.
- Organisation des Nations-Unies. « Le changement climatique dans l'arctique : Une réalité chez les Inuits », *Chronique ONU*, vol. XLIV, n° 2, juin 2007. [En ligne : <http://unchronicle.un.org/fr/article/le-changement-climatique-dans-l-arctique-une-realite-chez-les-inuits/>]
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSS Nunavik) et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Portrait de santé du Nunavik 2011 : conditions démographiques et socioéconomiques*. Kuujuaq/Québec, RRSSS Nunavik/INSPQ, 70 p.

# Observance thérapeutique

*Meilleure quand le médicament est prescrit pour une longue durée.*

Par **Guy Sabourin**

Les patients âgés atteints de coronaropathie qui, après avoir obtenu leur congé, quittent l'hôpital avec une ordonnance leur prescrivant un médicament pour une période de plus de 60 jours sont plus susceptibles de suivre leur traitement pendant les 18 mois suivants que ceux dont l'ordonnance vise une période de 30 jours ou moins.

C'est ce que démontre l'étude du Dr Noah Ivers, médecin de famille au Women's College Hospital de Toronto. Le chercheur a voulu vérifier s'il y avait un lien entre l'observance à long terme d'un traitement médicamenteux et la période pour laquelle le médicament a été prescrit dans l'ordonnance remise au patient qui reçoit son congé de l'hôpital après une angiographie coronarienne.

Ce lien a de l'importance puisque la fidélité au traitement médicamenteux en prévention secondaire des troubles cardiaques diminue avec le temps. L'équipe du Dr Ivers a examiné les données médicales de 35 231 patients ontariens âgés à qui des médicaments ont été prescrits pour prévenir des défaillances cardiovasculaires :



**Dr Noah Ivers**  
Omnipraticien au  
Women's College  
Hospital de Toronto

« Quand les médicaments doivent être pris à vie, la politique devrait être de fournir des ordonnances couvrant de plus longues périodes dans le but de réduire le fardeau du renouvellement pour les patients, surtout les plus âgés. »

13 305 d'entre eux ont reçu des ordonnances d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), 5 792, de bêtabloquants et 16 134, de statines.

Le Dr Ivers a analysé l'observance thérapeutique des patients sur une période de 18 mois après leur sortie de l'hôpital. Il a d'abord déterminé qu'un nombre de jours de fidélité au traitement supérieur à 80 % du nombre total de jours représentait un taux d'observance élevé. Les durées des ordonnances ont été regroupées comme suit : 0 à 30 jours

(ordonnances de courte durée), 31 à 60 jours, plus de 60 jours (ordonnances de longue durée).

Les résultats montrent que les patients ayant reçu une ordonnance d'IECA et d'ARA pour une période de plus de 60 jours ont observé leur traitement à long terme 4,1 fois plus que ceux portant une ordonnance de moins de 30 jours. Dans le cas des bêtabloquants, la proportion est de 2,4 fois plus élevée et, pour les statines, elle est de 3 fois plus élevée comparativement à l'observance des patients ayant reçu des ordonnances de courte durée.

De plus, dans les données étudiées, seulement 19,5 % des ordonnances d'IECA et d'ARA, 10 % des ordonnances de bêtabloquants et 20,6 % des ordonnances de statines avaient été établies pour un terme de plus de 60 jours. « Si davantage d'ordonnances initiales avaient été prescrites pour une longue durée, la proportion d'observance thérapeutique aurait été encore plus grande », explique Noah Ivers.

Le chercheur croit que le fait d'obliger les patients âgés à consulter fréquemment leur médecin pour renouveler leurs ordonnances peut



Faculté de l'éducation  
permanente

PROGRAMME ENTIÈREMENT MODIFIÉ EN 2013

## Certificat en gestion des services de santé et des services sociaux

QUALITÉ + PERFORMANCE + PLANIFICATION + COMMUNICATION

Ce certificat est reconnu par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en vue de l'obtention d'un baccalauréat par cumul pour les infirmières désirant obtenir le titre d'infirmière clinicienne.

ADMISSION ÉTÉ 2014

Responsable du programme : Chantal Lévesque

514 343.6090

1 800 363.8876

[www.fep.umontreal.ca/gss](http://www.fep.umontreal.ca/gss)

Université   
de Montréal

aggraver le problème de non-observance des traitements.

### Assiduité

Les ordonnances de longue durée n'ont pas d'impact négatif sur l'assiduité aux consultations ultérieures, montre également l'étude du Dr Ivers.

À l'hôpital, les médecins donnent généralement des ordonnances de courte durée au moment du congé, car ils veulent s'assurer que les patients se présenteront à leurs rendez-vous en clinique externe. Mais l'étude du Dr Ivers montre que ce n'est peut-être pas la bonne façon de procéder, surtout avec les personnes âgées.

« Quelle que soit la durée de l'ordonnance, presque tous les patients se présentent à leur rendez-vous de suivi », déclare-t-il. Dans les faits, plus de 80 % des patients âgés ont consulté un professionnel de la santé dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital, sans égard à la durée de leur ordonnance initiale.

Le Dr Noah Ivers espère que son étude modifiera la façon de prescrire, surtout aux personnes âgées. Une fois sa recherche terminée, il a poursuivi son analyse et découvert de grandes disparités dans les durées des ordonnances dans diverses régions de sa province, l'Ontario. Ces variations indiquent selon lui qu'il y a place aux changements.

Vérification faite à l'Ordre des pharmaciens du Québec, rien n'empêche un médecin de remettre une ordonnance de longue durée au patient à qui il donne son congé. Cette ordonnance ne diffère en rien de celle que le médecin rédige dans son bureau.

« Pour un congé de l'hôpital, on voit de tout », écrit l'Ordre. Et même des ordonnances longues de 3, 6 et même 12 mois, si le médecin le juge bon. ■

### Sources

Entrevue avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, le 6 septembre 2013.

Entrevue avec le Dr Noah Ivers, le 29 août 2013.

Ivers, N.M., J.D. Schwalm, C.A. Jackevicius, H. Guo, J.V. Tu et M. Natarajan. « Length of initial prescription at hospital discharge and long-term medication adherence for elderly patients with coronary artery disease: a population-level study », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 29, n° 11, nov. 2013, p. 1408-1414.

**akesso**  
CHAUSSURE PROFESSIONNELLE

www.akesso.com

Conçu pour les athlètes en uniformes.

**Carraria**

**Helia Sport**

**Helia**

confort 24 hrs.      sécurité et protection      style professionnel

**Disponible chez Les marchands suivants:**  
Confection Simone • Guy le bottier et Chaussures Bianco  
L'Aubainerie Concept Mode de Joliette • Mode Choc Moncton  
Sécurité Plus Mode Plein Air • Spécialités Suzette  
Uniformes Sélect • Vêtements TS • Uniform World

1.866.533.5885    andre@akesso.com

# Le sirop d'érable

## Des bienfaits pour la santé.

Par **Geneviève Riel-Roberge**

Une étude *in vivo*, comparant les indices glycémiques de plusieurs sucres, place avantagement le sirop d'érable. Un premier pas vers la démonstration de ses effets bénéfiques, selon le Dr André Marette et son équipe.

Les indices glycémiques causés par la consommation d'agents sucrants – le sirop de riz brun, le sirop de maïs, le sirop d'agave, le miel, la mélasse et une solution de référence (dextrose) – ont été comparés. Des rats sains ont été nourris d'un repas contenant ces sucres. Les élévations de la glycémie ont ensuite été mesurées. Un indice glycémique trop élevé après un repas peut entraîner des complications métaboliques liées au diabète de type 2.

### Constatations

La consommation de sirop d'érable produit un indice glycémique se démarquant favorablement des autres agents sucrants, indique le Dr Marette : « L'indice glycémique d'un sirop de maïs non enrichi en fructose était nettement plus élevé ou équivalent à la solution de dextrose, alors que le sirop d'érable produisait un indice glycémique plus faible bien qu'il contienne la même quantité de calories et de sucre que le sirop de maïs ou les autres agents sucrants. Nous voulions aussi nous assurer que ces faibles indices glycémiques ne résultaient pas d'une importante quantité d'insuline sécrétée par le pancréas ». Le chercheur rappelle qu'à long terme, un pancréas épuisé par la sécrétion d'un grand volume d'insuline postprandiale peut mener à un diabète de type 2. Vérification faite, le sirop d'érable était bel et bien métabolisé sans qu'une grande quantité d'insuline soit nécessaire.

De plus, la quantité d'amyline (hormone sécrétée par le pancréas en même temps que l'insuline) produite par la consommation de sirop d'érable s'est révélée significativement plus basse que les quantités observées après l'ingestion de sirop de riz brun, de sirop de maïs et de dextrose.

D'autres molécules du sirop d'érable augmentent le métabolisme musculaire du glucose, comme le démontrent les essais *in vitro*. C'est le cas de l'acide absicissique (ABA), une phytohormone et des polyphénols (substances sécrétées par les fruits qui protègent des stress environnementaux). Le sirop d'érable se caractérise aussi par la faible quantité de fructose qu'il contient, un autre avantage pour la santé. « Le sucre simple comme le fructose ou le sucrose, en fortes concentrations, favorise le développement de la stéatose hépatique », précise le Dr Marette.



**Dr André Marette**

Faculté de médecine de l'Université Laval

« On tire de l'agave d'infimes quantités de polyphénols alors que dans le sirop d'érable et la mélasse, il y en a beaucoup. Ces taux varient beaucoup dans les agents sucrants naturels. »

L'ABA du sirop d'érable jouerait aussi un rôle bénéfique en s'opposant au développement de la résistance à l'insuline. Chez les obèses par exemple, un processus inflammatoire survient quand les adipocytes prennent de l'expansion dans les tissus graisseux. Les macrophages s'emballent alors dans ces tissus, produisant plusieurs molécules pro-inflammatoires, les cytokines. Or ce sont les cytokines qui causent la résistance à l'insuline. Les molécules dans le sirop d'érable, comme l'ABA ou les polyphénols, puisqu'elles peuvent réduire l'action des macrophages, possèdent ainsi la capacité de diminuer la résistance à l'insuline.

Parmi les complications liées à la résistance à l'insuline figurent l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires, l'athérosclérose et la stéatose hépatique non alcoolique. « Chez les obèses, on constate que même sans consommation d'alcool, le foie s'engorge de lipides, créant des complications qui augmentent les risques de diabète », précise le Dr Marette.

### À venir

Le sirop d'érable sera testé sur un modèle de diabète de type 2 avec des rats obèses et diabétiques. « Cela prendra de sept à huit mois pour démontrer l'effet de protection contre le diabète dans le modèle animal. Si les résultats sont concluants, nous démarrerons une étude clinique en 2015 afin de voir s'il est possible, chez l'humain, de réduire ou de stopper les risques de contracter le diabète. L'étude se terminera en 2016. Nous espérons obtenir une preuve nutritionnelle clinique que le sirop d'érable protège contre le diabète. Parallèlement, nous voulons voir si l'on peut isoler les principes actifs du sirop d'érable pour élaborer un aliment fonctionnel », conclut le Dr Marette. ■

### Source

Conférence « Les effets du sirop d'érable sur l'indice glycémique, les hormones métaboliques et les facteurs gastro-intestinaux chez les rats ». Présentation des chercheurs Dr André Marette, Dr Yves Desjardins et Dr Navindra Seeram, le 7 octobre 2013, dans le cadre du 7<sup>e</sup> Congrès de la Société internationale de nutriginétique et de nutriginomique organisé par l'Institut sur la nutrition et les aliments fonctionnels de l'Université Laval.

# Coupures d'enfant

## Traiter sans douleur.

**P**lus de 50 % des enfants à qui on a administré un analgésique topique n'ont ressenti aucune douleur pendant qu'on soignait leur coupure avec de la colle tissulaire.

C'est ce qui ressort d'une étude randomisée contrôlée dirigée par le Dr Stuart Harman, pédiatre et professeur de l'Université d'Ottawa et chercheur de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.

Dans certaines situations, les bandes adhésives et les colles tissulaires remplacent avantageusement les points de suture. On les utilise régulièrement en pédiatrie pour traiter des coupures mineures. Mais elles peuvent causer de la douleur et une sensation de brûlure.

Les chercheurs ont organisé un essai randomisé contrôlé pour déterminer si l'application préalable de lidocaïne-épinéphrine-tétracaïne pouvait réduire la douleur des enfants traités pour une coupure mineure (moins de 3 cm) avec une colle tissulaire. Ils ont recruté 221 enfants de 3 mois à 17 ans ayant reçu des soins à l'urgence pédiatrique d'un hôpital universitaire en 2011 et 2012.

Les enfants de plus de 7 ans ont évalué leur propre douleur en utilisant des échelles d'expressions faciales (*Faces Pain Scale*). La douleur des enfants plus jeunes a été évaluée par leurs parents ou leurs gardiennes. Dans le groupe traité, 51 % des enfants ont indiqué ne ressentir aucune douleur contre 28 % dans le groupe placebo.

« L'une des principales préoccupations des parents et des enfants aux prises avec une douleur aiguë à l'urgence est de savoir jusqu'à quel point l'intervention sera sans douleur, écrit le Dr Stuart Harman. Non seulement la douleur était-elle absente pour la moitié des patients ayant reçu de la lidocaïne-épinéphrine-tétracaïne, mais les médecins ont jugé que l'hémostase était terminée dans 78 % des cas dans le groupe traité contre 59 % dans le groupe placebo. »

Pour réduire la douleur, les auteurs recommandent donc l'application préalable d'un analgésique topique chez tout enfant en attente d'un traitement de coupures superficielles. ■ **Guy Sabourin**

### Source

Harman, S., R. Zemek, M.J. Duncan, Y. Ying et W. Petrich. « Efficacy of pain control with topical lidocaine-epinephrine-tetracaine during laceration repair with tissue adhesive in children: a randomized controlled trial », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 13, 17 sept. 2013, p. E629-E634. [En ligne : [www.cmaj.ca/content/early/2013/08/06/cmaj.130269.full.pdf+html](http://www.cmaj.ca/content/early/2013/08/06/cmaj.130269.full.pdf+html)] (Page consultée le 29 août 2013.)

# FINI LES PATRONS!

Débutez une carrière en médico-esthétique

## AVANTAGES ET POSSIBILITÉS

- ✓ Autonomie professionnelle
- ✓ Pratique privée autonome ou en clinique médicale
- ✓ Créer vos horaires
- ✓ Avantages pécuniers

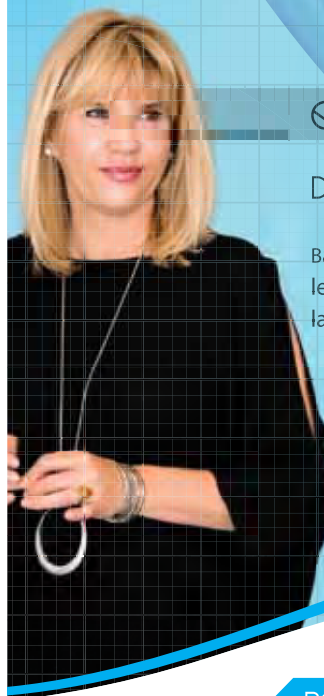
## COURS OFFERTS

- ✓ Injections de produits de remplissage (Fillers), Botox
- ✓ Les lasers et leurs applications en médico-esthétique
- ✓ Varices/varicosités
- ✓ Peelings
- ✓ Microponcture
- ✓ Photoépilation
- ✓ Photo rajeunissement Nd:Yag
- ✓ IPL

## QUI SUIS-JE ?

DOMINIQUE GIRARD

Bacc.sc.inf., Formatrice agréée par le gouvernement, propriétaire de la Clinique Dominique Girard inc.



## POUR PLUS D'INFORMATION

(514) 716-2237

  
Clinique  
DOMINIQUE GIRARD  
inc.



**Indications et usage clinique :**

Prolia est indiqué dans le traitement des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose qui sont à risque élevé de fractures, ce dernier étant défini par des antécédents de fractures ostéoporotiques ou la présence de multiples facteurs de risque de fractures, ou chez qui d'autres traitements contre l'ostéoporose ont échoué ou n'ont pas été tolérés. Chez les femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose, Prolia réduit l'incidence des fractures vertébrales, non vertébrales et de la hanche. Prolia n'est pas recommandé chez les femmes qui pourraient tomber enceintes ni chez celles qui allaitent.

**Contre-indications :**

- Hypocalcémie
- Hypersensibilité au médicament ou à tout autre composant du produit (des réactions anaphylactiques ont été signalées)

**Mises en garde et précautions pertinentes :**

- Un apport adéquat de calcium et de vitamine D est important chez toutes les patientes.
- Hypocalcémie (surveillance selon les besoins)
- Ne pas administrer en même temps que XGEVA<sup>MD</sup>
- Infections sévères
- Événements indésirables touchant l'épiderme et le derme
- Fractures atypiques du fémur
- Ostéonécrose de la mâchoire
- Inhibition importante du renouvellement osseux
- Prudence en présence d'insuffisance rénale sévère
- Possibilité d'une sensibilité plus élevée chez les personnes plus âgées
- Allergie au latex

**Pour de plus amples renseignements :**

Veuillez consulter la monographie du produit au [www.amgen.ca/Prolia\\_PM\\_Fre.pdf](http://www.amgen.ca/Prolia_PM_Fre.pdf) afin d'obtenir des renseignements importants au sujet des effets indésirables, des interactions médicamenteuses et de la posologie puisque ces données n'ont pas été présentées dans ce document.

La monographie du produit est aussi disponible sur demande en communiquant avec le service de l'information médicale d'Amgen Canada au 1 866 502 6436.

RRA = réduction du risque absolu; RRR = réduction du risque relatif; SC = sous-cutané

\* Une étude à répartition aléatoire, à double insu et contrôlée par placebo chez des femmes ménopausées atteintes d'ostéoporose ayant reçu 60 mg de Prolia (n = 3 902) ou un placebo (n = 3 906) par voie sous-cutanée, une fois tous les 6 mois, pendant 3 ans. Les patientes étaient âgées de 60 à 90 ans et présentaient un score T de la densité minérale osseuse (DMO) variant de < -2,5 à ≥ -4,0. Toutes les femmes ont reçu des suppléments de calcium (au moins 1000 mg) et de vitamine D (au moins 400 UI) chaque jour<sup>1,2</sup>.

† Un risque élevé est défini comme un risque de fractures sur 10 ans > 20 % ou une fracture de fragilisation antérieure de la hanche ou de la colonne ou > 1 fracture de fragilisation. Veuillez consulter les lignes directrices pour obtenir les recommandations complètes<sup>1</sup>.

**Références :** 1. Monographie de Prolia. Amgen Canada Inc., 18 avril 2013. 2. Cummings SR, et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2009;361:756-65. 3. Papaioannou A, et al. 2010 Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ* 2010;182:1864-73.

© 2013 Amgen Canada Inc. Tous droits réservés. Prolia®, ProVital® et XGEVA<sup>MD</sup> sont des marques déposées d'Amgen Inc., utilisées avec autorisation.



# Dépression post-partum

Plus fréquente dans les grandes villes.

**A**ccoucher dans une ville augmente le risque de dépression post-partum. C'est ce que révèle l'étude de la psychiatre ontarienne Simone Vigod, du Women's College Hospital, également chercheuse au Women's College Research Institute.

La D<sup>re</sup> Vigod a analysé les données de 6 421 femmes vivant en région rurale, semi-rurale et urbaine qui ont participé à l'Étude canadienne des expériences de maternité, réalisée en 2006.

Une dépression post-partum s'est manifestée chez 10 % des femmes vivant en « ville » (plus de 500 000 personnes) ; chez 6 % de celles vivant en zone rurale (moins de 1 000 personnes ou moins de 400 habitants au kilomètre carré) ; chez 7 % de celles vivant en zone semi-rurale, (moins de 30 000 habitants) ; et chez 5 % de celles vivant en zone semi-urbaine (de 30 000 à 500 000 habitants).

La chercheuse observe que dans les régions urbaines, les femmes considèrent qu'elles ont peu d'accès à des services de soutien social pendant et après la grossesse.

« Il est scientifiquement prouvé qu'en augmentant le soutien social, on peut prévenir la dépression post-partum », explique Simone Vigod. Par soutien social, elle entend la famille et les amis qui peuvent donner un répit à la mère pour qu'elle se repose. Le soutien psychologique professionnel en fait aussi partie.

**Traiter**

Le risque de souffrir d'une dépression post-partum est accru si une dépression non traitée survient avant ou pendant la grossesse. Le fait de la traiter réduit donc ce risque. On doit aussi la distinguer du *baby blues*, appelé aussi syndrome du troisième jour, qui survient souvent après un accouchement. « On a envie de pleurer, on se demande si on est une bonne mère, mais cinq minutes plus tard, tout rentre dans l'ordre, illustre Simone Vigod. Tandis que si on pleure tout le temps, si on n'éprouve



**D<sup>re</sup> Simone Vigod**  
Psychiatre,  
chercheuse du  
Women's College  
Research Institute

« Nous avons constaté que presque toutes les dépressions post-partum de notre étude s'expliquent par le manque de soutien social. »

pas d'attachement envers l'enfant et si on est toujours inquiète, on souffre de dépression post-partum. Cette dernière n'est jamais normale. »

La D<sup>re</sup> Vigod souligne l'importance de traiter une dépression post-partum parce qu'elle peut entraîner des problèmes sérieux pour la mère et pour sa famille. Elle peut même devenir chronique et conduire au suicide. « La mère ne répond pas de façon optimale aux besoins de son enfant, explique Simone Vigod. Quand la dépression n'est pas traitée, les enfants ont un risque élevé de souffrir de problèmes de langage, d'apprentissage de la marche et de comportement. Ils éprouvent davantage de problèmes affectifs. À l'inverse, si la mère est traitée, et encore mieux, si on prévient sa dépression, on peut éviter ces problèmes aux enfants. »

L'aide et les services visant à soutenir les femmes isolées dans les grands centres doivent être augmentés au Canada, croient Simone Vigod et les coauteurs de l'étude. « Considérant les effets négatifs importants de la dépression post-partum, de telles interventions pourraient avoir des impacts majeurs sur la santé sociale et publique », écrivent-ils. ■ **G.S.**

**Sources**

*Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*. « Women in large urban areas at higher risk of postpartum depression » (communiqué), 6 août 2013. [En ligne : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.122028](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.122028)] (Page consultée le 26 août 2013.)  
Entrevue téléphonique avec la D<sup>re</sup> Simone Vigod, le 3 septembre 2013.  
Vigod, S.N., L.A. Tarasoff, B. Bryja, C.L. Dennis, M.H. Yudin et L.E. Ross. « Relation between place of residence and postpartum depression », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 13, 17 sept. 2013. [En ligne : [www.cmaj.ca/content/185/13/1129.full.pdf+html](http://www.cmaj.ca/content/185/13/1129.full.pdf+html)] (Page consultée le 26 août 2013.)

# Surplus budgétaires ? Faire des investissements judicieux.

Vos finances personnelles se portent-elles bien ? Si vous arrivez à respecter votre budget et à faire mieux que vous ne l'avez prévu, vous disposez probablement d'une certaine somme en épargne.

Que ce soit grâce à votre discipline de fer, à un remboursement d'impôt ou à un revenu imprévu, vous devez étudier différents scénarios afin de trouver la solution la plus avantageuse pour faire fructifier vos avoirs.

Si l'épargne constitue l'accomplissement le plus important de la planification financière, il demeure néanmoins difficile de déterminer la ou les solutions à prioriser entre le régime enregistré d'épargne-retraite (REER), le régime enregistré d'épargne-études (REEE), le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) et le remboursement des dettes. Alors comment s'y retrouver ?



## Une fois vos paiements obligatoires effectués

Après avoir payé votre loyer ou prêt hypothécaire, de même que les soldes de vos cartes de crédit, et effectué vos remboursements minimums au Régime d'accession à la propriété (RAP), il vous faut déterminer vos priorités<sup>1</sup>.

### ➤ **Priorité 1 : se constituer un fonds d'urgence en utilisant le CELI**

En situation de surplus budgétaire, se créer un fonds d'urgence est le premier élément à prioriser. Il s'agit d'un coussin financier qui vise à vous protéger en cas d'imprévu (ex. : perte d'emploi). La plupart du temps, le CELI constitue un bon moyen d'épargner, puisque les sommes déposées peuvent être récupérées sans devoir payer de l'impôt.

### ➤ **Priorité 2 : maximiser la portion des cotisations au REEE donnant droit aux subventions fédérales et provinciales**

Si vous avez des enfants, le REEE présente un intérêt certain. En plus des subventions gouvernementales offertes, ce véhicule d'épargne-études vous intéressera notamment pour le report d'impôt qu'il occasionne, ainsi que pour la possibilité de fractionnement du revenu.

Si un enfant désigné comme bénéficiaire ne poursuit pas d'études postsecondaires, il vous sera possible de transférer le rendement généré par le REEE dans un REER.

### ➤ **Priorité 3 : choisir entre le remboursement des dettes et la contribution dans un véhicule enregistré (REER ou CELI)**

Si le taux de rendement attendu du REER ou du CELI est plus important que le taux d'emprunt de vos dettes, les cotisations au REER ou au CELI devraient être privilégiées. Dans le cas contraire, le paiement de vos dettes est à prioriser.

#### Choisir entre le REER ou le CELI :

Si le taux de déduction de la cotisation au REER est plus important que le taux d'imposition lors du retrait, le REER est à privilégier. Dans le cas contraire, le CELI est recommandé.

### ➤ **Priorité 4 : appliquer l'option que vous n'avez pas retenue au point précédent**

Lorsque toutes vos cotisations dans des véhicules enregistrés sont comblées, il ne vous reste qu'à rembourser vos dettes. Dans le cas où vous avez commencé par le remboursement de vos dettes, investissez maintenant dans des véhicules enregistrés.

### ➤ **Priorité 5 : contribuer au REEE (portion sans subvention)**

S'il vous reste encore un surplus, les cotisations ne donnant pas droit à des subventions au REEE pourraient être comblées.

### ➤ **Priorité 6 : rembourser le RAP au-delà du seuil minimum exigé**

Outre l'importance d'acquitter le paiement minimal annuel du RAP (1/15 du montant utilisé), le remboursement accéléré pourrait générer des revenus à l'abri de l'impôt par l'entremise du REER. Notez que ces versements ne sont toutefois pas déductibles d'impôt.

### ➤ **Priorité 7 : investir dans des placements non enregistrés**

Après toutes ces étapes, si vous disposez toujours d'un excédent, votre santé financière est fort probablement excellente ! Songez à investir dans des placements non enregistrés.

—  
**Réussir à dégager un surplus budgétaire est une étape cruciale vers l'atteinte de vos objectifs financiers, mais il faut savoir l'utiliser de façon judicieuse ! Si vous hésitez entre différentes possibilités, consultez un expert comme un planificateur financier, un comptable ou un fiscaliste : ce professionnel saura vous aider à faire le meilleur choix pour votre situation.**

Pour en apprendre davantage sur les finances personnelles, consultez nos sept capsules éducatives à [bnc.ca/mesfinances](http://bnc.ca/mesfinances). Vous pourrez entre autres en apprendre davantage à propos de la différence entre le REER et le CELI.



1. Les priorités suggérées peuvent toujours varier selon les circonstances propres à chaque investisseur.

# À propos de la santé oculaire

Par Joël Brodeur, inf., M.Sc.

Depuis la diffusion des ordonnances collectives nationales, de nombreuses infirmières ont communiqué avec l'Ordre afin de valider de l'information. Voici quelques affirmations inspirées de ces consultations. Voyons si vous saurez découvrir les idées fausses !

Réponses de la page 17

vrai ou faux

1. Regarder la télévision de trop près peut endommager la vue d'un enfant.

**Faux** – Il n'y a pas de preuves scientifiques permettant de l'affirmer. Outre le fait qu'il faut diminuer le plus possible le temps qu'un enfant passe devant un écran afin de favoriser son développement, notamment par de l'activité physique, la distance entre le téléviseur et l'enfant n'affecte pas sa vue. Souvent, se tenir près de l'écran n'est pas une cause, mais plutôt un signe de problème visuel. En effet, un enfant ayant un trouble de la vue non diagnostiqué pourrait avoir tendance à se rapprocher du téléviseur pour mieux voir.

2. Lire dans la pénombre endommage la vision.

**Faux** – Bien qu'un éclairage faible puisse rendre la lecture plus ardue et causer rapidement une fatigue oculaire, il ne crée pas de dommage permanent à l'œil et n'a pas de conséquence sur la vision. L'impression de fatigue ou la sensation de brûlure s'estompe par la suite.

3. Même sans trouble visuel, il est souhaitable de passer annuellement un examen de la vue.

**Vrai** – Plusieurs problèmes oculaires peuvent survenir sans que la personne en ressente de symptômes. Souvent, la progression des maladies oculaires est lente : le cerveau de la personne atteinte compense et elle « tolère » ou ne ressent pas la gêne oculaire. Consulter un professionnel de la vue pour un examen annuel est une excellente façon de dépister les problèmes tôt.

4. Travailler à l'écran n'est pas dommageable à long terme pour la vision.

**Vrai** – Actuellement, rien ne prouve que travailler à l'écran puisse endommager la vision. L'usage

continu d'un écran occasionne souvent une fatigue oculaire, mais ne cause pas de dommages irréversibles à l'œil. Dans certains cas, c'est le travail à l'écran qui met en évidence un problème préexistant. En plus de s'assurer d'avoir un bon écran, d'être bien placé et à une bonne distance de l'appareil, il existe une manière simple et populaire de limiter la fatigue oculaire : « l'astuce du 20-20-20 ». Il s'agit d'interrompre son travail pendant 20 secondes, de regarder un objet situé à 20 pieds et de répéter l'exercice toutes les 20 minutes.

5. L'été au soleil, même porter de mauvaises lunettes solaires est mieux que de ne pas en porter.

**Faux** – Bien au contraire. Des verres foncés offrant une faible protection contre les UV ont pour effet de favoriser la dilatation de la pupille, l'exposant ainsi davantage que si aucun verre n'était porté. Pour être efficaces, les verres doivent avoir une protection UV 100 %, peu importe qu'ils soient clairs ou foncés. La teinte des verres permet simplement de choisir une luminosité ; elle n'a aucun lien avec la protection contre les rayons UV nocifs.

**Pour en savoir plus :** [www.oiq.org/pratique-infirmiere/ordonnances-collectives/ordonnances-collectives-nationales](http://www.oiq.org/pratique-infirmiere/ordonnances-collectives/ordonnances-collectives-nationales)

**Sources**

Société canadienne de pédiatrie (SCP). Soins de nos enfants : Des conseils pour limiter le temps d'écran à la maison, juin 2011. [En ligne : [www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/limiting\\_screen\\_time\\_at\\_home](http://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/limiting_screen_time_at_home)]  
Ordre des optométristes du Québec : [www.ooq.org/](http://www.ooq.org/)  
Services optométriques inc. : [www.opto.com/](http://www.opto.com/)

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

## LISTE DES ANNONCEURS

Actelion Pharmaceutiques	
Canada .....	2 et 3
Akesso .....	61
Amgen .....	11 et 64
ASSS Mauricie Centre-du-Québec ...	66
Banque Nationale .....	7
Cégep Marie-Victorin .....	26
Centre de santé Inuulitsivik .....	70
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava .....	69
Clinique Dominique Girard .....	63
Clinique Santé Optimale .....	26
CHUM .....	68
Conseil Cri .....	71
CSSS Baie-des-Chaleurs .....	68
CSSS Cavendish .....	69
CSSS du Sud-Ouest-Verdun .....	70
CSSS de la Minganie .....	67
Formation France Hudon .....	27
GlaxoSmithKline .....	15
Hôpital Marie-Clarac .....	67
Institut Philippe-Pinel .....	67
Meloche Monnex .....	72
Novartis .....	8
Nurses Education .....	55
OIIQ – Colloque CII-CIR .....	12
OIIQ – Fondation de l'OIIQ / Pour mieux soigner .....	56
OIIQ – Insigne du mérite .....	22
OIIQ – Mistral .....	42
OIIQ – Soirée Florence .....	4
RIIRS .....	42
St. Francis Xavier University .....	27
Surpied .....	18
Transfert C .....	51
Université de Montréal - Éducation permanente .....	60
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) .....	19
Université McGill .....	42
Vigi santé .....	68

**TRAVAILLER EN SANTÉ**  
ET SERVICES SOCIAUX  
EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC

Encore plus facile de  
**se trouver un emploi**  
sur notre **nouveau site web**

**TRAVAILLERENSANTE.COM**

SUIVEZ-NOUS AUSSI SUR [f / TRAVAILLERENSANTE](https://www.facebook.com/travaillerenstante)

## OSEZ UNE CARRIÈRE À VOTRE MESURE

### Profil recherché

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

### Nous vous offrons

- Garantie d'emploi : 7/14, 8/14 ou temps complet
- Postes 64 heures par 4 semaines
- Période de repas rémunérée
- Prime du milieu (1 324 \$ par année)
- Reconnaissance du baccalauréat en soins infirmiers
- Garantie d'emploi CEPI : 7/14

### Dans un environnement stimulant

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



Transmettez votre CV à [dotation.ipmm@ssss.gouv.qc.ca](mailto:dotation.ipmm@ssss.gouv.qc.ca)  
ou par télécopieur 514 881-3785  
[www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca)

### Situé au coeur de la belle région de la Minganie,

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



## INFIRMIERS/ÈRES INFIRMIERS/ÈRES CLINIENNES INFIRMIERS/ÈRES EN DISPENSAIRE

### Lieu de travail et statut

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

### Salaires hebdomadaires

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

### Avantages

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

### Exigences

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

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

Direction des services administratifs

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



# Hôpital Marie-Clarac

DES SOEURS DE CHARITÉ DE SAINTE-MARIE



## OUVERTURE À L'AUTOMNE 2014 D'UN NOUVEAU PAVILLON

Situé à Montréal-Nord, l'Hôpital Marie-Clarac est un établissement de soins de courte durée dont la mission est d'offrir des services de réadaptation, de soins subaigus et de soins palliatifs à une clientèle adulte. Dès l'automne 2014, notre nouveau pavillon offrira dix-huit lits supplémentaires de soins de fin de vie ainsi qu'une vingtaine de lits supplémentaires en réadaptation.

Pour ce faire, nous prévoyons la création de

- Plusieurs postes d'infirmière en soins palliatifs et en réadaptation
- Autres postes connexes

**Dans le respect et la dignité des patients,  
partagez votre passion des soins dans notre  
pavillon nouvellement construit.**

**Postulez dès maintenant pour cet automne !**

Présentez votre candidature à :

**Hôpital Marie-Clarac**  
**3530 boul. Guin est, Montréal (Qc) H1H 1B7**

Télécopieur : **514-321-9626**

Courriel : [ressourceshumaines.mad@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ressourceshumaines.mad@ssss.gouv.qc.ca)

Internet : [www.hopitalmarie-clarac.ca](http://www.hopitalmarie-clarac.ca)

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

**LE  
CHUM,  
C'EST  
MOI  
»**

**JOËLLE**  
Infirmière clinicienne,  
chirurgie cardiaque



## CEPI ET INFIRMIÈRES

Soutien à la carrière et possibilité  
d'avancement rapide

Horaires flexibles de 8 ou 12 heures selon les unités

Aide à la préparation de l'examen de l'OIIQ

Soins critiques aussi ouverts aux CEPI

Programme avantages offrant des réductions dans  
une centaine de commerces participants

## ÇA POURRAIT AUSSI ÊTRE VOUS!

POSTULEZ EN LIGNE   
**faitpourlechum.com**

Suivez-nous



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

**Différent  
par nature**

entre  
**mer**

Une  
**ORGANISATION**  
innovante  
axée sur les  
technologies

et  
**montagnes**

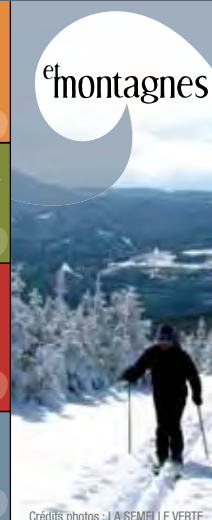
Une  
**COLLABORATION**  
créative entre  
professionnels

Un  
**MODÈLE**  
dynamique  
d'organisation  
apprenante

Un  
**SUPPORT**  
professionnel  
personnalisé



Crédits photos : Claude Cyr



Crédits photos : LA SEMELLE VERTE

## INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS Joignez-vous à notre équipe!

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

Tél. : 418 759-3443 p. 2194  
Télec. : 418 759-5063

nadine.allard.csssbc@ssss.gouv.qc.ca

[www.csssbc.qc.ca](http://www.csssbc.qc.ca)



**Les CHSLD de Vigi Santé présents dans plusieurs  
régions du Québec sont reconnus pour la qualité de  
leurs soins et services et leur approche milieu de vie.**



Nous sommes à la recherche de collaborateurs compétents, motivés et guidés par la recherche de l'excellence et désireux de contribuer à la qualité de vie de nos résidents :

**GESTIONNAIRE DES SOINS INFIRMIERS  
CONSEILLER(ÈRE) CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS  
AGENT(E) D'ACTIVITÉS CLINIQUES  
ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT  
INFIRMIER(ÈRE) CHEF D'ÉQUIPE**

### Nous vous offrons

Des programmes cliniques et administratifs de pointes, une technologie de l'information d'avant-garde, une formation continue permettant le développement des compétences, un environnement où « L'humain est au cœur de notre agir » ainsi que le salaire et les conditions de travail du réseau de la santé et des services sociaux.



Vigi Santé offre des services d'hébergement et des soins de longue durée à plus de 1500 résidents. L'approche interdisciplinaire est partagée par près de 2000 employés qui collaborent à offrir des soins médicaux, infirmiers et d'assistance, ainsi que des services professionnels et de soutien adaptés. D'expertise gériatrique reconnue et accréditée par Agrément Canada, Vigi Santé a remporté plusieurs prix et mentions d'excellence au niveau provincial.

**Pour toute question sur le poste convoité et le CHSLD de votre région : [www.vigisante.com](http://www.vigisante.com)**

**Le monde change.**  
Mais nous le voulons meilleur.

**Le temps file.**  
Mais nous le prenons.

**Les questions surgissent.**  
Mais la réponse est là,  
dans les yeux du patient,  
d'un collègue.

**Peu importe la réalité.**  
**Notre présence fait du bien.**



**FAIRE  
DU  
BIEN**

## INFIRMIÈRES RECHERCHÉES

À l'image de notre équipe, nous recherchons des infirmières désireuses de partager leur savoir-être et leur savoir-faire.

### SAVOIR-ÊTRE REQUIS :

- Réchauffer les cœurs...
- Illuminer le quotidien...
- Éclairer le regard...
- Briller par votre initiative...
- Allumer l'étincelle...
- Accueillir la différence...

### AVANTAGES :

- Postes permanents
- Autonomie professionnelle
- Programmes de préceptorat et de supervision clinique
- Activités d'enseignement et de recherche
- Centre affilié universitaire de gérontologie sociale
- Du temps pour vous (horaires avec 1 fin de semaine sur 3)
- Milieu bilingue et cours de langues offerts

### Pour de plus amples renseignements :

**[fairedubien.com](http://fairedubien.com)**

514.484.7878, poste 3056

Centre de santé et de services sociaux  
Cavendish  
Health and Social Services Centre  
Affilié universitaire

## Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava La passion du Grand Nord

### Le travail offert

TEMPS COMPLET OU TEMPORAIRE.

UN CENTRE DE SANTÉ ET SIX POINTS  
DE SERVICES AU SEIN DE NOS SEPT  
COMMUNAUTÉS INUITES.

FORMATION DE BASE ET CONTINUE.

APPRENTISSAGE PROGRESSIF AU TRAVAIL EN RÔLE ÉLARGI.

PRIME D'ÉLOIGNEMENT, D'INSTALLATION, DE VIE CHÈRE  
ET SUPPLÉMENT SALARIAL EN POINTS DE SERVICES.

AFIN DE DÉCOUVRIR L'ÉTENDUE D'UN OcéAN,  
IL FAUT ÉLOIGNER LES YEUX DU RIVAGE !

**VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !**

**[www.ungava.info](http://www.ungava.info)**

[recrutement@ungava.info](mailto:recrutement@ungava.info)

Téléphone : 1 877 893-7646

Télécopieur : 514 735-7641

# BIENVENUE AU NORD DU 55<sup>e</sup> PARALLÈLE

DÉCOUVRIR LA CÔTE DE LA BAIE D'HUDSON AU NUNAVIK

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



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

## NOUS RECHERCHONS DES INFIRMIER(ÈRE)S À TEMPS COMPLET

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

## EXIGENCES

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

## AVANTAGES

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



Centre de Santé Inuulitsivik  
www.inuulitsivik.ca

Mélanie LePage, inf. Conseillère en dotation • Courriel : melanie.lepage.mnq@ssss.gouv.qc.ca  
Tél. : (418) 951-8438 • Téléc. : (418) 660-4313



## CSSS du Sud-Ouest-Verdun

### Infirmier(ère) chef d'équipe en hébergement

Vous cherchez un emploi stimulant et à la hauteur de votre talent? En faisant partie de notre équipe, vous joindrez les rangs de professionnels chevronnés dans un milieu valorisant où nous respectons votre équilibre travail-vie personnelle et nous reconnaissons votre importance. Nous assurerons le développement de votre leadership et de vos compétences. Vous participerez à l'amélioration de la qualité de vie des résidents dans l'actualisation de l'approche milieu de vie.

#### Regardez ce que nous avons à vous offrir :

- Tous nos infirmiers(ères) en hébergement sont chefs d'équipe!
- 7 centres d'hébergement, des défis pour tous les intérêts! (gériatrie, déficience intellectuelle, unités spécifiques, soins palliatifs, etc.)
- Facilement accessible par le transport en commun

**Exigence :** être membre de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (O.I.I.Q.)

**sov.qc.ca**

Le plus grand  
CSSS de toute  
l'île de  
Montréal!

Faites-nous  
parvenir votre CV!

Par courriel  
rh.sov@ssss.gouv.qc.ca  
Par télécopieur  
514-769-9241  
Par la poste  
Direction des ressources humaines  
5500, boul. LaSalle, Montréal, H4N 1N9



**1** HÔPITAL  
**3** CLSC  
**7** centres d'hébergement  
**11** installations et 1 point de service soutien à domicile  
en chiffres

Joignez-vous  
aux meilleurs...

Faites partie  
de notre  
équipe!

Centre de santé et de services sociaux  
du Sud-Ouest-Verdun

À proximité du centre-ville de  
Montréal

À la fine pointe de la  
technologie (plan de soins  
informatisés - PTI)

Affilié à l'Université de  
Montréal

Accueille chaleureusement ses  
nouveaux employés

10 stations de métro, pistes  
cyclables et espaces verts



Vous vous êtes investi sans compter.  
Maintenant, économisez grâce à TD Assurance.



Vous pourriez GAGNER

60 000 \$ comptant  
pour réaliser votre  
cuisine de rêve\*!

## Les professionnels peuvent économiser plus.

Chez TD Assurance, nous sommes conscients du temps et des efforts que vous avez investis pour arriver là où vous êtes. C'est pourquoi, en tant que membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vous bénéficiez de tarifs de groupe préférentiels et de divers autres rabais grâce au programme TD Assurance Meloche Monnex. Mieux encore, vous obtiendrez un service personnalisé et une protection adaptée à vos besoins. Demandez une soumission dès aujourd'hui et découvrez combien vous pourriez économiser.

Demandez une soumission dès aujourd'hui

1-866-269-1371

[melochemonnex.com/oiiq](http://melochemonnex.com/oiiq)

Programme d'assurance recommandé par



HABITATION | AUTO | VOYAGE

