

SOINS D'URGENCE

AUTOMNE 2020
Vol. 1, No 2

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

À LA UNE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRÉSENTANT UNE FIBRILLATION AURICULAIRE SYMPTOMATIQUE À L'URGENCE

VRAI OU FAUX

Les soins d'urgence
et l'oncologie

COVID-19

Mise à jour sur
la COVID-19

PERSPECTIVE

Le rôle de l'infirmière
praticienne spécialisée à
l'urgence

DÉPÔT LÉGAL 2020

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Rédacteur en chef

Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)

Éditrices associées

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

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc., MBA (cand.)

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

Comité de révision

Caroline Renaud, inf., B. Sc., Ét. M. Sc. IPSPL

Catherine Desmarais, inf., B. Sc., Ét. M. Sc. IPSPL

Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Eva Romano, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Geneviève Robert, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Jessie Carrier, inf., B. Sc., Ét. M. Sc. IPSPL

Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Stéphan Lavoie, inf., Ph. D.

Ugo Desjardins, MD, Urgentologue

Valérie Dionne, inf., M. Sc. IPSSA (cardiologie)

Andréane Lavallée, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

Marc-André Maheu-Cadotte, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

Chargée de projet

Virginie Streuli

Conception graphique

L'ASSOCIÉ, inc.

Publicité

Sonia Molina, Responsable des partenariats

gestion@aiiuq.qc.ca

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

Conseil d'administration de l'AIUQ

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc. – Présidente

Joannie St-Pierre, inf., M. Sc. – Vice-Présidente

Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Secrétaire

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Trésorière

Geneviève Simard, inf., B. Sc. – Administratrice

Josée Desrochers, inf., B. Sc. – Administratrice

Marianne Leblond, inf., B. Sc. – Administratrice

Josiane Arsenault, inf., B. Sc. – Administratrice

Comité développement de l'AIUQ

William Tessier, inf., B.Sc., M.Sc. (c) – Président

Carol-Anne Joncas, inf. – Vice-Présidente

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Représentante du CA

Alexandre Arsenault, inf., B. Sc. – Conseiller

Claudia Hébert-Beaudoin, inf., B. Sc. – Conseillère

Gabriel Rivard, inf., B. Sc. – Conseiller

Tania Jessica Caron, inf., B. Sc. – Conseillère

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc. – Conseillère

Gabriela Peguero Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.) – Conseillère



C.P. 89022 CSP Malec, Montréal (Québec) H9C 2Z3

T. 1 833 33-AIIUQ / info@aiiuq.qc.ca

AIIUQ.QC.CA

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

SOMMAIRE

AUTOMNE 2020 - Vol. 1, No 2



04

05

07

08

19

20

29

35

43

52

ÉDITORIAL

Mot du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*

ÉDITORIAL AQII - QNA

Soutenir et développer la voix politique des infirmières
par Nathalie Stake-Doucet

ÉDITORIAL

Mot de la présidente
Par Nathalie Cloutier

PRATIQUE CLINIQUE

La prise en charge du patient présentant une fibrillation
auriculaire symptomatique à l'urgence

VRAI OU FAUX

Les soins d'urgence et l'oncologie

PRATIQUE CLINIQUE

Les saignements du premier trimestre à l'urgence : comment
améliorer nos pratiques chez la femme enceinte ?

PRATIQUE CLINIQUE

Le triage ophtalmologique : l'urgence d'y voir clair !

PERSPECTIVE

Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée à l'urgence

PRATIQUE CLINIQUE

Prise en charge du délirium chez les personnes âgées à
l'urgence

COVID-19

Mise à jour sur la COVID-19



ÉDITORIAL

C'est avec beaucoup de fierté et d'enthousiasme que nous vous présentons le deuxième numéro de la revue *Soins d'urgence*.

À la suite du lancement du premier numéro de la revue en mai 2020, qui est d'ailleurs toujours disponible sur le site internet de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ; www.aiuq.qc.ca), nous avons reçu de nombreux commentaires positifs. Ainsi, nous désirons vous remercier de votre intérêt à l'égard de la revue et féliciter tous les auteurs des articles pour la qualité de leur travail.

La mission de la revue *Soins d'urgence* est simple. Elle vise à diffuser les plus récentes avancées en matière de soins d'urgence par le biais d'articles de haute qualité. Nous travaillons extrêmement fort avec divers partenaires afin que la revue soit une référence en matière de diffusion des standards de soins cliniques à la salle d'urgence. Il est aussi important pour nous que la revue devienne une tribune permettant aux infirmières et infirmiers d'urgence de s'exprimer sur divers sujets à propos de leur pratique clinique, de même que sur les différents enjeux sociaux et politiques qui rejoignent la profession infirmière au Québec.

Dans ce deuxième numéro, vous retrouverez des textes écrits par des infirmières et infirmiers passionnés œuvrant dans différents établissements au Québec. En premier lieu, par le biais d'un éditorial, Natalie Stake-Doucet, présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII), présente le mandat et les activités de l'AQII, ainsi que les enjeux clés concernant l'étendue du rôle de l'infirmière à l'urgence. Nathalie Cloutier, présidente de l'AIUQ, discute dans un éditorial des circonstances exceptionnelles générées par la pandémie. L'article en couverture, rédigé par Kim Laflamme et ses collaborateurs de l'Institut de Cardiologie de Montréal, décrit le rôle de l'infirmière quant à la prise en charge des patients présentant une fibrillation auriculaire symptomatique à l'urgence. L'article met en lumière différentes stratégies d'évaluation clinique et les interventions associées à cette arythmie, dont la complexité est parfois sous-estimée.

Les autres articles de la revue abordent des sujets diversifiés qui sont fréquemment l'objet de questionnements en pratique clinique. Billy Vinette et ses collaborateurs, dans le cadre d'un article de type vrai ou faux, mettent en évidence les bonnes pratiques en contexte d'oncologie à l'urgence. Jessie Carrier et Nathalie Amiot décrivent dans un article clinique le rôle de l'infirmière relatif aux complications lors du premier trimestre de grossesse à l'urgence. Jennifer Boisclair aborde le triage

des urgences ophtalmologiques par le biais d'un cas clinique. Jessie Carrier, Nathalie Amiot et Claudie Roussy démystifient, dans le cadre d'un bref article, le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée à l'urgence. Tanya Mailhot et ses collaborateurs décrivent les considérations inhérentes à la détection et à l'évaluation du délirium chez les personnes âgées à l'urgence. Enfin, une brève mise à jour sur la pandémie de la COVID-19 est également présentée.

En conclusion, nous désirons manifester notre ouverture, en tant qu'équipe éditoriale, à différents types d'articles. Si vous avez une idée d'article en tête et que vous aimeriez discuter de celle-ci avec l'équipe éditoriale, n'hésitez pas à nous écrire à l'adresse suivante : revue@aiuq.qc.ca. Il nous fera grand plaisir de vous accompagner dans ce processus.

Nous espérons que vous aurez autant de plaisir à lire ce numéro que nous en avons eu à le créer.

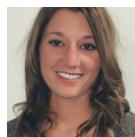
Bonne lecture!



Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Rédacteur en chef



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



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



Nathalie Cloutier, inf., M. Sc., MBA (cand.)
Éditrice associée



Natalie Stake-Doucet, inf., M. Sc. (A), Ph. D. (cand.)

Boursière, Chaire de recherche Politiques, Connaissances et Santé
Boursière, Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)
Présidente, Association Québécoise des infirmières et infirmiers
Directrice pour la région du Québec, Association des infirmières et infirmiers du Canada
Université de Montréal

SOUTENIR ET DÉVELOPPER LA VOIX POLITIQUE DES INFIRMIÈRES

À l'automne 2017, l'Association québécoise des infirmières et infirmiers voyait le jour (AQII). L'AQII est le fruit de plusieurs années de travail de développement de compétences politiques de plusieurs infirmiers et infirmières issus des milieux cliniques, de gestion, d'enseignement et de recherche. L'une des raisons ayant motivé la création de l'association est la sous-représentation chronique des infirmières dans les médias et dans l'arène politique. En effet, au Québec, comme presque partout à travers le monde, les infirmières et les infirmiers sont souvent absents des débats sur les politiques et les enjeux qui affectent directement leur travail.

Le mandat de l'AQII est clair : représenter et soutenir la voix politique infirmière et promouvoir l'avancement de la profession au Québec. En tant qu'organisme à but non lucratif (OBNL), notre statut associatif nous offre une opportunité unique d'intervenir en politique et de développer nos compétences dans ce domaine. En fait, nous ne sommes pas un régulateur ou un organisme étatique avec des tâches spécifiques déléguées par le gouvernement; ce rôle essentiel est occupé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Nous ne sommes pas non plus intégrés directement dans les milieux de soins pour défendre les conditions de travail; cette tâche, tout aussi fondamentale, appartient aux syndicats comme la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ).

À l'AQII, la seule condition à remplir pour devenir membre votant est de détenir un permis de pratique professionnelle en tant qu'infirmière. Des associations peuvent également devenir membres de l'AQII, c'est le cas notamment du Groupe de concertation et d'influence en soins infirmiers du Québec (GCISIQ) et de l'Association étudiante en soins infirmiers du Québec (AÉSIQ). L'AQII se veut une association inclusive qui vise à rassembler des infirmières et infirmiers de tous les milieux afin de collaborer pour assurer qu'elles soient représentées et valorisées dans l'univers politique et médiatique. Les membres de l'AQII jouent un rôle qui permet de créer des liens entre la

politique et le terrain. D'ailleurs, vous avez peut-être déjà vu les interventions de Mme Caroline Dufour et de M. Alex Magdzinski dans les médias ou à l'Assemblée nationale. Mme Dufour et M. Magdzinski sont tous les deux infirmiers d'urgence, l'une à Gatineau et l'autre à Montréal. Leur expérience à l'urgence nous permet d'obtenir une perspective politique qui est ancrée dans la réalité du terrain. Pendant une crise sanitaire comme celle que nous vivons actuellement, cette perspective est essentielle. Par exemple, tous deux ont su discuter publiquement de la disponibilité réelle de l'équipement de protection individuelle sur le terrain et ont proposé des solutions [1,2].

L'AQII, grâce aux compétences politiques et médiatiques de ses membres, a su rassembler des organisations en santé, travailler à cibler des problématiques et à proposer des solutions infirmières sur des thèmes tels que l'environnement, le temps supplémentaire obligatoire (TSO) et les soins en CHSLD [3,4]. Nous travaillons constamment à articuler et à développer nos compétences politiques et à exiger une présence infirmière dans toutes les discussions qui concernent la santé.

Le rôle des infirmières est souvent mal compris ou méconnu. Nous l'avons bien vu lorsque le premier ministre du Québec a invité les médecins à venir faire le travail des infirmières en CHSLD. Les infirmières ne sont pas interchangeables avec d'autres professionnels de la santé, pas plus qu'une infirmière de CHSLD ou d'oncologie pourrait venir faire un saut rapide à l'urgence. Nous avons chacun et chacune nos spécialités.

L'urgence est un milieu particulièrement lourd qui nécessite des connaissances et des compétences spécifiques. Nous saluons nos collègues des salles d'urgence partout au Québec. L'importance de votre rôle a été mise en relief par la pandémie. Les soins que vous prodiguez vont au-delà de la salle d'urgence; votre rôle est un pilier essentiel à la santé publique. Nous sommes fiers d'avoir pu soutenir des voix des infirmières d'urgence durant la pandémie et nous espérons pouvoir continuer à collaborer avec

vous et votre association pour promouvoir le rôle infirmier à l'urgence et partout ailleurs.

Pour en savoir plus sur l'AQII : <https://www.aqii-qna.org/> ou visitez-nous sur les réseaux sociaux :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)



Natalie Stake-Doucet
Présidente, Association Québécoise des infirmières et infirmiers

1. Burgun, I. (2020). COVID-19 au Québec : le masque, symbole du manque de préparation. <https://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2020/04/11/covid-19-quebec-masque-symbole-manque-preparation>
2. Rockbrand, B. (2020). Local initiatives produce protection for frontline workers. <https://thelinknewspaper.ca/article/local-initiatives-produce-protection-for-frontline-workers>
3. Stake-Doucet, N., Magdzinski, A., Habel, C., Dufour, C., Laurence, J. et Dhaliwal, K. (2020). CHSLD : on ne pourra plus détourner le regard. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2020-04-15/chsld-on-ne-pourra-plus-detourner-le-regard>
4. Stake-Doucet, N. et Titus, S. (2019). Les infirmières passent de la détresse au combat. <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/565268/les-infirmieres-passent-de-la-detresse-au-combat>



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

RABAIS AVANTAGEUX

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

SOUTIEN EN TOUT TEMPS

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

ACCÈS PRIVILÉGIÉS

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



Nathalie Cloutier, inf., M. Sc., MBA (cand.)

Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ)
Chef d'unité Soins Intensifs HDQ - CHU de Québec-Université Laval

CHÈRES COLLÈGUES, CHERS COLLÈGUES,

Cela fait bientôt un an que nous entendons parler de la COVID-19, cette maladie qui était alors méconnue. Alors qu'au départ nous avions espoir d'être à l'abri de ce nouveau virus, nos yeux étaient tournés vers ce qui semblait bien loin de nous. Malheureusement, ce virus a rapidement gagné du terrain et fait maintenant partie de notre quotidien.

Du jour au lendemain, nos vies ont été complètement bouleversées. Certains ont pu bénéficier d'un peu plus de temps en famille, tandis que pour la plupart d'entre nous, la COVID-19 a apporté beaucoup d'incertitude et d'anxiété. Pour nous, infirmières et infirmiers à l'urgence, les heures travaillées ont augmenté de façon exponentielle. Notre capacité d'adaptation a été mise à l'épreuve avec tous les changements radicaux de directives.

En cette période de pandémie, notre place au sein des urgences est essentielle afin de répondre aux besoins de la population. Une force commune des infirmières d'urgence est la capacité à s'adapter à toutes situations imprévisibles et c'est ce dont nous faisons preuve tous les jours. Nos rôles et nos responsabilités sont d'autant plus importantes que nos connaissances et compétences. Celles-ci sont essentielles et fortement sollicitées en ce temps de pandémie pour soigner la population.

Pour plusieurs, cette pandémie est peut-être aussi une nouvelle fenêtre d'opportunité au plan professionnel. Pour ma part, à travers les différents défis et mandats, j'ai développé des compétences dans un domaine qui m'était encore méconnu; la gestion de crise. Toutefois, au-delà de cet apprentissage, il faut aussi apprendre à se protéger, à travers la connaissance de nos limites et de nos capacités personnelles. Nous sommes les maîtres de notre santé. La résilience est une nouvelle capacité que je m'efforce de développer, soit d'avancer et de rebondir dans la vie malgré le stress et les risques encourus, tout en traversant avec succès cette grande période d'incertitude.

Ensemble, en tant que citoyennes et citoyens, infirmières et infirmiers, nous écrivons les prochains chapitres du grand livre de cette histoire. Il est maintenant le temps de clamer non seulement «ça va bien aller», mais aussi «il ne faut pas lâcher»!

L'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec est là, avec vous, pour vous supporter dans ces moments difficiles.

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc., MBA (cand.)

Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec



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

[Suivez-nous sur Facebook.](#)



PRATIQUE CLINIQUE

La prise en charge du patient présentant une fibrillation auriculaire symptomatique à l'urgence

Selon l'étude de cohorte Framingham, l'incidence et la prévalence de la fibrillation auriculaire (FA) ont augmenté significativement au cours des dernières années [1]. Avec la population vieillissante, il est primordial de s'intéresser à cette arythmie qui touche 10 à 15 % des personnes âgées de 80 ans et plus [2]. Cette arythmie est par le fait même la plus fréquemment rencontrée dans les départements d'urgence et est responsable du tiers des admissions pour arythmie [3]. En réponse aux études cliniques récentes, la Société canadienne de cardiologie (SCC) a mis à jour les lignes directrices quant à la prise en charge de la FA en 2018 et en 2020. Au moyen d'un cas clinique évolutif, cet article mettra en lumière l'évaluation clinique et la prise en charge de la FA symptomatique à l'urgence. De l'évaluation infirmière initiale au triage jusqu'à la prise en charge de la FA symptomatique, cet article vise à outiller les infirmiers et infirmières dans l'identification et la prise en charge de la clientèle affectée par cette arythmie en contexte d'urgence.

Objectifs d'apprentissage

- Reconnaître la fibrillation auriculaire symptomatique à l'urgence.
- Réviser l'évaluation clinique du patient présentant une fibrillation auriculaire symptomatique.
- Distinguer les principes de prise en charge de la fibrillation auriculaire symptomatique.
- Différencier les types d'anticoagulants et d'antiarythmiques.

par Kim Laflamme, Claudie Roussy, Eva Romano, Alain Vadeboncoeur, Jeannie Medeiros Charbonneau et Dominique Morency Laflamme

CAS CLINIQUE

Monsieur Francoeur, âgé de 67 ans, se présente sur pieds à l'urgence pour des palpitations.

PRÉ-TRIAGE

- Raison de consultation : palpitations
- État général : patient alerte, cohérent, eupnéique et bien perfusé
- Fréquence cardiaque : 140 battements/minute, irrégulière

ÉVALUATION INITIALE DE L'INFIRMIÈRE AU TRIAGE

L'infirmière au triage a un rôle primordial dans la prise en charge initiale du patient à l'urgence. En effet, le premier contact avec celui-ci est souvent réalisé par l'infirmière qui amorce le processus du triage dans les dix premières minutes suivant son arrivée, comme recommandé par les lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) [4]. C'est donc en amont que l'infirmière procède à l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Cette évaluation vise à établir une priorité de soins selon l'état de santé du client via une démarche de raisonnement clinique basée sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (**voir Tableau 1**). ►

Tableau 1. Échelle canadienne de triage et de gravité.

NIVEAUX	DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE MÉDICALE	DÉTAILS
1	Immédiate	Réanimation : Conditions qui menacent la vie ou l'intégrité d'un membre et qui nécessitent une intervention énergique et immédiate
2	15 minutes	Très urgent : Conditions qui menacent la vie, l'intégrité d'un membre ou de sa fonction et exigeant une intervention médicale rapide.
3	30 minutes	Urgent : Conditions souvent associées à un inconfort important et à une incapacité à s'acquitter des activités de la vie quotidienne.
4	60 minutes	Moins urgent : Conditions variables selon l'âge et le degré de détresse du patient et présentant des risques de détérioration ou de complications.
5	120 minutes	Non urgent : Conditions qui peuvent être aiguës, non urgentes, ou faire partie d'un problème chronique.

Source : Groupe de travail national sur l'ÉTG, Beveridge et al. (1998) [5]

Pré-triage

Lors du pré-triage, l'infirmière attribue une cote de priorisation selon la raison de consultation et l'évaluation visuelle rapide et/ou l'évaluation brève qui prend en compte l'ABCD (A : *airway* – voies respiratoires, B : *breathing* – respiration, C : *circulation* — circulation D : *disability* — état de conscience) [4]. Subséquemment, le patient ayant un état jugé instable est dirigé directement au triage ou vers une aire de traitement. Dans le cas de M. Francoeur, l'infirmière documente la raison de consultation soit les palpitations, puis constate que ce dernier est alerte, cohérent, eupnéique et bien perfusé. Elle complète par la prise du pouls qui est de 140 battements/minute. Les symptômes de palpitations accompagnés d'un pouls élevé confèrent une cote de triage de niveau 3 selon l'ÉTG (prise en charge urgente). Indépendamment de la symptomatologie et de la confirmation de la présence d'une arythmie, la modification significative d'un des paramètres vitaux comme la fréquence cardiaque est un modificateur de premier ordre (c.-à-d. un modificateur qui doit être considéré en premier pour aider à déterminer le niveau de priorité du patient) [4].

Triage

Lors du triage, l'infirmière procède à une évaluation clinique complète, ciblée et rapide (environ cinq minutes) portant sur la raison de consultation. Son entrevue peut-être orientée selon le modèle SOAPIE-AMPLE (voir **Tableau 2** pour la définition de cet acronyme). Cette évaluation inclut la recherche des antécédents, des allergies et de la médication usuelle afin d'identifier les éléments influençant la priorisation ou la prise en charge du patient. Au cours de ce processus, l'infirmière s'assurera aussi d'évaluer l'indication de mesure de prévention des infections. Par son jugement clinique et en conformité aux ordonnances

collectives en vigueur dans son milieu, l'infirmière pourra initier des examens paracliniques et certaines thérapies pertinentes [4]. Le triage de Monsieur Francoeur selon le modèle SOAPIE-AMPLE est présenté au **Tableau 2**.

Tableau 2. Le triage de Monsieur Francoeur.

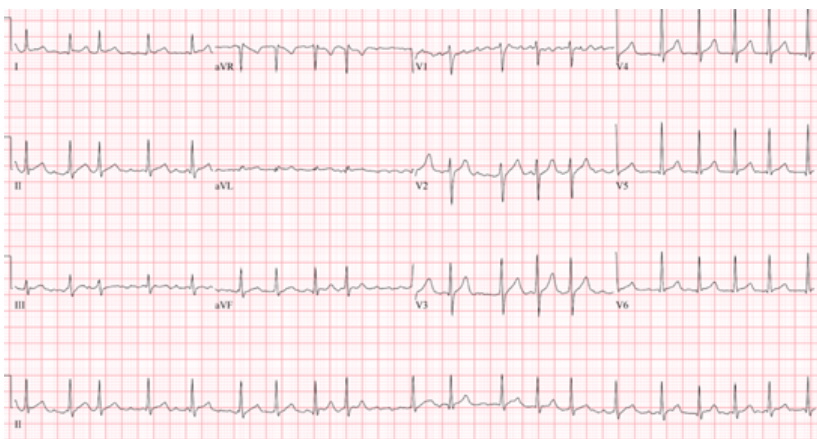
S	Données subjectives :
	P – provoquer/pallier : Palpitations au repos, aucune activité physique intense, aucune prise de stimulants (alcool-drogue-boisson énergisante); rien ne pallie les palpitations.
	Q – qualité/quantité : Sous forme de battements plus rapides, n'a pas ressenti de gros battements ou de pause; intensité des palpitations perçue à 7/10.
	R – région/irradiation : Palpitations thoraciques sans irradiation.
	S – signes et symptômes associés : Pas de douleur thoracique, de dyspnée franche ou de syncope associée.
T	T – temps : Début ce matin à 8h, dure depuis 3 heures de manière constante.
	U – understanding (compréhension du patient) : « J'ai peur de faire une crise cardiaque ».
	I – impact fonctionnel : Absence au travail ce matin.
O	Données objectives :
	Alerte, absence de cyanose, absence de peau pâle et froide, mesure 5 pieds 8 pouces, pèse 230 livres (IMC = 35), PA = 120/65, FC = 140 battements/minute irrégulière, SatO ₂ = 99 % AA, température buccale = 36,5 °C, jugulaires non distendues, poumons clairs, absence d'œdème aux membres inférieurs.

A	Assessment – évaluation/impression infirmière : Palpitations avec fréquence cardiaque rapide et irrégulière sans instabilité hémodynamique.
P	Plan : Niveau de triage = P3 (urgent).
I	Interventions : Aucune mesure de prévention des infections requise. Électrocardiogramme (selon l'ordonnance collective), puis réévaluer. Garder NPO (possibilité d'une échographie trans-œsophagienne ou d'une cardioversion).
E	Évaluation : En attente de l'électrocardiogramme.
A	Allergie(s) : Aucune.
M	Médication : Ramipril 2,5 mg po die, alcool : rarement, tabac et drogue : jamais.
P	Passé ou antécédents : Hypertension artérielle primaire, aucune chirurgie. Scintigraphie myocardique à l'effort normale il y a 6 mois.
L	Last meal – dernier repas : Un spaghetti hier soir.
E	Événement, environnement, histoire familiale : Travaille chez Hydro-Québec.

CAS CLINIQUE

Vous recevez l'électrocardiogramme de Monsieur Francoeur, Quelle est votre analyse ?

Figure 1. Électrocardiogramme de Monsieur Francoeur.



Diagnostic de la fibrillation auriculaire au plan électrocardiographique

La prise d'un pouls irrégulier par une infirmière comporte une sensibilité de 95 % et une spécificité de 75 % pour le diagnostic de fibrillation auriculaire (FA) [6]. Le diagnostic de la FA nécessite toutefois l'objectivation de cette arythmie pendant 30 secondes et plus et une confirmation par un électrocardiogramme à 12 dérivations [6].

Traditionnellement, la FA se définit par un rythme marqué par des intervalles R-R irrégulièrement irréguliers [en présence de conduction auriculo-ventriculaire (AV)], l'absence d'ondes P répétées distinctes et une activité auriculaire irrégulière ou chaotique [7]. Il est toutefois difficile d'identifier un rythme « irrégulièrement irrégulier ». De plus, si un stimulateur cardiaque est en activité ou qu'il y a présence d'un bloc AV complet, les QRS peuvent alors être réguliers. Nous proposons donc de reformuler ces critères d'identification de la FA en **trois questions** centrées sur l'analyse de l'activité auriculaire, des QRS et des autres diagnostics possibles.

Question A : L'activité auriculaire est-elle organisée ?

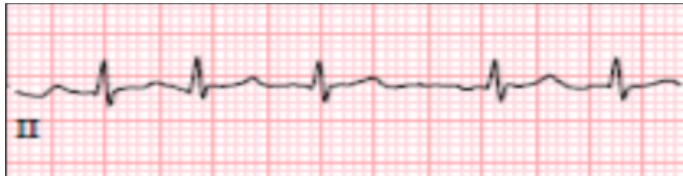
Plusieurs arythmies auriculaires organisées peuvent entraîner des QRS irréguliers. Celles-ci doivent être distinguées de la FA : le flutter auriculaire, la tachycardie auriculaire multifocale, le rythme sinusal (ou non sinusal : auriculaire ectopique) associé à des extrasystoles et l'arythmie sinusale. Il s'agit donc de déterminer si le tracé à l'ECG à 12 dérivations démontre une activité auriculaire organisée ou non. Une activité « organisée » réfère à toute activité comportant des ondes auriculaires distinctes et répétées correspondant soit à des ondes P (sinusales ou non, régulières ou non) précédant habituellement les QRS ou des ondes F de flutter. En présence d'une telle activité auriculaire, le diagnostic de FA est exclu, que les QRS soient irréguliers ou non. Le flutter auriculaire et la tachycardie auriculaire multifocale peuvent toutefois être confondus avec la FA. Dans le cas du flutter, même si une conduction variable (2:1, 3:1, etc.) entraîne une variabilité des intervalles R-R entre les complexes QRS, on reconnaît sur la ligne isométrique les ondes typiques (en dents de scie) ou non (toute autre ondulation régulière surtout constatée dans les dérivations inférieures : D2, D3, aVF) se présentant avec la régularité métronomique propre à cette arythmie de macro-réentrée auriculaire (voir Figure 2).

Figure 2. Flutter auriculaire.



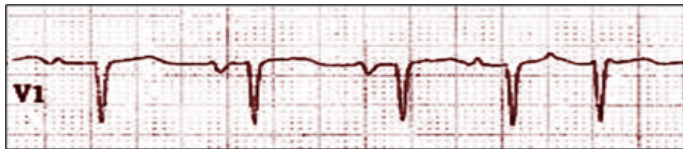
Une variabilité dans la forme ou la fréquence de ces ondes auriculaires doit plutôt nous orienter vers la FA, même si dans certaines dérivations (V1 par exemple), elles sont parfois assez organisées pour ressembler à un flutter; on parlait historiquement de «fibrillo-flutter», qui désigne en réalité une FA (voir Figure 3).

Figure 3. Fibrillation auriculaire.



Pour ce qui est de la tachycardie auriculaire multifocale, si l'arythmie est assez lente, on distingue alors des ondes auriculaires comportant au moins trois *patterns* distincts précédant chaque complexe QRS tel qu'illustré à la Figure 4.

Figure 4. Tachycardie auriculaire multifocale.

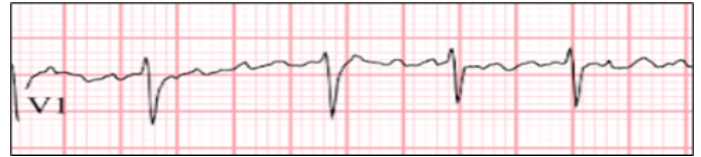


Cette arythmie auriculaire comporte des ondes distinctes organisées en l'absence de la ligne de base chaotique propre à la FA. Une tachycardie auriculaire multifocale rapide est toutefois difficile à distinguer de la FA, puisque le rythme rapide ne permet pas de percevoir facilement les ondes auriculaires distinctes. Par contre, dans les cas où l'on ne perçoit pas sur l'ECG d'ondes auriculaires distinctes ou d'ondes F, on observe alors soit une ligne de base chaotique signalant la présence d'une FA (retrouvée dans la majorité des cas) ou bien une absence d'activité auriculaire clairement visible. La seconde question nous aide alors à distinguer la FA des autres arythmies auriculaires.

Question B : Les complexes QRS sont-ils réguliers ?

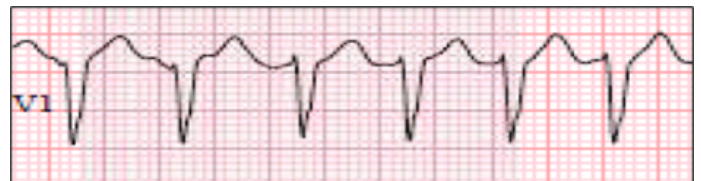
En l'absence d'activité auriculaire organisée, si les complexes QRS sont réguliers, l'arythmie est fort probablement une tachycardie supraventriculaire par réentrée nodale ou extranodale ou encore une tachycardie jonctionnelle automatique, qui se veut toutefois plus rare. L'activité auriculaire est alors peu ou pas visible. En revanche, des complexes QRS réguliers, mais lents entre lesquels apparaît une ligne de base chaotique franche (sans onde P distincte) signalent une FA associée à un bloc AV complet. En l'absence d'activité auriculaire visible, et si les complexes QRS sont irréguliers, il s'agit fort probablement de FA, mais d'amplitude trop faible pour être clairement aperçue sur l'ECG (voir Figure 5).

Figure 5. FA de faible amplitude.



Parfois, lorsque la FA entraîne très rapidement le ventricule, les complexes QRS peuvent paraître à première vue réguliers, mais comportent toujours une irrégularité suffisante pour confirmer la FA lorsqu'on l'évalue au compas (voir Figure 6).

Figure 6. Fibrillation auriculaire avec fréquence ventriculaire élevée.



Question C : Pourrait-il s'agir d'une fibrillation auriculaire avec Wolff-Parkinson-White ?

Enfin, en présence d'un rythme rapide irrégulier à complexe QRS large, une troisième question doit émerger en raison de son importance clinique : s'agit-il d'une FA associée à un bloc de branche complet ou d'une FA associée à un faisceau accessoire et un syndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW)? Dans ce cas, outre les critères évoqués pour la FA, les QRS sont larges, mais contrairement à une FA simplement associée à un bloc de branche, la morphologie des complexes QRS est variable, mais d'axe stable et la fréquence ventriculaire souvent de plus de 200 battements/minute (voir Figure 7).

Figure 7. Fibrillation auriculaire associée à un syndrome de Wolff-Parkinson-White.



Des intervalles R-R occasionnels très courts (< 240 millisecondes, 6 petits carrés), comme entre les 3e et 4e complexes QRS de l'exemple précédent, signent un faisceau malin avec haut risque de mort subite. Cependant, si le rythme est inférieur à 180 et que les complexes QRS varient peu, il s'agit probablement de FA avec un bloc de branche, mais sans WPW (voir Figure 8). ►

Figure 8. Fibrillation auriculaire avec bloc de branche.



CAS CLINIQUE

Suite à votre analyse de l'ECG, vous déterminez la présence d'une FA rapide à complexes QRS étroits. La priorité de triage est donc établie à P3 pour monsieur Francoeur qui est installé sur civière avec un moniteur cardiaque. Vous êtes l'infirmière qui prend monsieur Francoeur en charge. Qu'allez-vous évaluer ?

Par exemple : la fatigue est ressentie par le patient depuis plus d'un an — ce symptôme n'est donc pas corrélé avec la FA.

- 3e étape : Évaluer l'effet de ces symptômes sur le fonctionnement au quotidien du patient et l'impact sur sa qualité de vie à l'aide de l'échelle préétablie.

CAS CLINIQUE

En évaluant Monsieur Francoeur, vous constatez qu'il présente une FA avec réponse ventriculaire rapide qui est stable avec une classe 1 de l'échelle CCS-SAF. Quelle sera l'investigation chez ce patient ?

ÉVALUATION DE L'INSTABILITÉ

Tout d'abord, l'évaluation initiale doit permettre à l'infirmière de déterminer la présence d'instabilité hémodynamique. En présence d'une tachycardie, les lignes directrices de l'Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) de l'American Heart Association [9] recommandent l'évaluation de la présence d'instabilité hémodynamique comme étant prioritaire et déterminante pour la prise en charge du patient. Pour ce faire, il importe de rechercher la présence ou non des signes et symptômes tels qu'une altération de l'état de conscience, hypotension, une douleur thoracique ischémique (angine), des signes et symptômes de choc (pâleur, froideur, cyanose, etc.) et des signes et symptômes d'insuffisance cardiaque. Rappelons que les symptômes d'insuffisance cardiaque les plus fréquents sont la dyspnée, l'orthopnée, la dyspnée paroxystique nocturne et l'œdème des membres inférieurs. À l'examen physique vous pourriez donc retrouver une turgescence des veines jugulaires, une diminution des murmures vésiculaires aux bases pulmonaires, une présence de crépitations pulmonaires, etc.

ÉVALUATION DE LA SYMPTOMATOLOGIE

Par la suite, l'infirmière doit évaluer si la FA est symptomatique ou asymptomatique. Ainsi, il importe de rechercher la présence de symptômes associés et l'impact de ces derniers sur la qualité de vie du patient. Cette évaluation influencera la prise en charge et l'ajustement du plan de traitement. Afin de simplifier et d'uniformiser cette évaluation, la SCC recommande l'utilisation de l'échelle Canadian Cardiovascular Society Severity of Atrial Fibrillation (CCS-SAF) [11], présentée au **Tableau 3**. Cette échelle se décline en trois étapes :

- 1re étape : Rechercher la présence de symptômes pouvant être reliés à la FA.
Par exemple : palpitations, dyspnée, étourdissements, syncope, douleurs thoraciques, faiblesse ou fatigue.
- 2e étape : Rechercher si ces symptômes sont influencés par la FA ou sont indépendants.

Tableau 3. Échelle CCS-SAF.

0	Asymptomatique.
1	Effet minimal sur la qualité de vie ou 1er épisode de FA sans syncope ni insuffisance cardiaque.
2	Effet mineur sur la qualité de vie du patient. Rares épisodes (quelques/année) de FA paroxystique.
3	Effet modéré sur la qualité de vie du patient. Épisode de FA plus fréquent (quelques/mois).
4	Effet important sur la qualité de vie (fréquents et très symptomatiques). Syncope et/ou insuffisance cardiaque secondaire.

Tableau traduit et adapté de Dorian et al. [11]

INVESTIGATION DANS LE CONTEXTE DE LA FIBRILLATION AURICULAIRE NOUVELLEMENT DIAGNOSTIQUÉE

Devant une FA nouvellement documentée, il est primordial de distinguer s'il s'agit d'une FA primaire ou secondaire à une cause médicale [12]. Pour ce faire, certains éléments sont à rechercher lors du questionnaire, de l'examen physique et des examens paracliniques (**voir le Tableau 4**). Dans un contexte de FA secondaire, la cause médicale initiale devra être traitée afin d'éliminer le substrat de l'arythmie. De plus, la condition médicale sous-jacente risque d'influencer la conduite à tenir pour l'anticoagulation, la stratégie de traitement ainsi que les agents thérapeutiques qui seront choisis. Il est donc important de mener une évaluation rigoureuse, systématique, individualisée et complète avant d'intervenir. Nous rechercherons donc l'étiologie ►

de la FA en identifiant s'il existe une cause réversible (p. ex., septicémie) ou un facteur de risque (p. ex., apnée du sommeil) à traiter. De plus, il est pertinent de rechercher des déclencheurs relatifs au niveau des habitudes de vie du patient (p. ex., boissons énergisantes, drogues stimulantes, alcool, activités physiques intenses) et d'identifier les antécédents familiaux de la FA permettant d'identifier une cause héréditaire [13].

Les résultats des examens de Monsieur Francoeur sont les suivants :

- ECG : FA avec réponse ventriculaire rapide ;
- Analyses sanguines : FSC, électrolytes, fonction rénale et hépatique et TSH normales ;
- ETT : fonction ventriculaire gauche normale, absence de valvulopathie significative, oreillette gauche légèrement dilatée ;
- Radiographie pulmonaire : absence de surcharge et absence de cardiomégalie ;
- Autres examens : dépistage de l'apnée du sommeil à haut risque.

En regard de l'évaluation de santé et des investigations de M.

Francoeur, on note les facteurs de risques suivants : l'obésité (IMC=35) et hypertension artérielle. Ces mêmes éléments ont guidé l'équipe traitante vers un dépistage d'un syndrome d'apnée hypopnée du sommeil (SAHS) au moyen de l'échelle d'évaluation STOP-BANG résultant à une probabilité élevée [14]. De plus, on constate l'absence de déclencheurs tels que la consommation de stimulants ou autres. La présente investigation est donc favorable considérant l'absence d'anomalies outre une légère dilatation auriculaire gauche à l'ETT. On conclut donc qu'il s'agit d'une FA primaire. L'équipe traitante recommande une polysomnographie en externe. En vue d'établir un plan de traitement, l'équipe et vous poursuivez l'évaluation.

Évaluation du risque thromboembolique

En contexte de FA, l'activité électrique est rapide et désynchronisée au niveau auriculaire et la contraction des oreillettes est perturbée [15]. Cette perte d'efficacité de la contraction auriculaire engendre la diminution du flot sanguin générant des risques de stase sanguine au niveau de l'appendice auriculaire gauche pouvant mener à la formation de thrombus [15]. La conséquence redoutée de la formation de thrombus est l'engagement de ce dernier au niveau de la circulation sanguine artérielle (embolie) pouvant causer un accident ►

Tableau 4. Examens paracliniques dans le contexte de la FA.

Examens paracliniques	Objectif(s)
Électrocardiogramme	Établir le diagnostic de FA et rechercher des indices d'une maladie cardiaque structurale (infarctus, dilatation oreillette gauche, hypertrophie ventriculaire gauche, etc.) ou la présence d'une anomalie électrique (préexcitation, syndrome de Brugada, etc.).
Monitoring cardiaque	Suivre l'évolution et évaluer la réponse au traitement.
Analyses sanguines (FSC, électrolytes, fonction rénale et hépatique, TSH, coagulation, glucose)	Permet d'ajuster la thérapie antiarythmique et anticoagulante et d'éliminer les causes réversibles de FA (dysthyroïdie, sepsis, anémie).
Échographie transthoracique (ETT)	Déterminer la fonction ventriculaire gauche, la taille de l'oreillette gauche et la présence d'anomalies cardiaques structurales et de valvulopathies.
Échographie transœsophagienne (ETO)	Éliminer la présence d'un thrombus au niveau de l'appendice auriculaire gauche avant une thérapie de contrôle du rythme.
Radiographie pulmonaire	Peut être réalisée chez le patient dyspnéique en présence de FA selon l'anamnèse et de l'examen physique.
Monitoring cardiaque sur 24 heures	Se réalise sur une base externe afin de détecter des épisodes de FA paroxystique ou persistante ou encore d'évaluer le contrôle de la fréquence cardiaque.
Autres examens paracliniques (étude électrophysiologique, scan cérébral, etc.)	Selon l'histoire, plusieurs autres examens complémentaires peuvent s'avérer utiles selon le jugement du clinicien afin de poursuivre l'évaluation et éliminer des complications possibles.

Sources : [7, 8, 13]



du risque hémorragique du patient en évaluant ses comorbidités, ses antécédents hémorragiques et ses prédispositions aux saignements tels que l'insuffisance hépatique et rénale. Cette évaluation peut être soutenue par des échelles d'évaluation du risque hémorragique. Une discussion concernant les risques et bénéfices de l'anticoagulation et du risque thromboembolique doit être réalisée avec le patient.

vasculaire cérébral (AVC) ou de l'ischémie à d'autres sites de la circulation artérielle tels que les intestins, les reins, etc. Toutefois, ce risque est variable d'un individu à l'autre selon l'âge, les comorbidités ainsi que le type de FA (valvulaire ou non valvulaire) (*voir Tableau 5*).

Les patients présentant une FA valvulaire ont un risque thromboembolique plus important. D'entrée de jeu, un traitement anticoagulant à long terme, en absence de contre-indications, est recommandé chez ces patients. Notons par

Tableau 5. Fibrillation auriculaire valvulaire

Fibrillation auriculaire valvulaire	Fibrillation auriculaire non valvulaire
- Prothèse valvulaire mécanique - Bio prothèse valvulaire - Sténose mitrale rhumatismale - Réparation valvulaire mitrale - Sténose mitrale non rhumatismale modérée à sévère	Ne répond pas aux critères de fibrillation auriculaire valvulaire

Source : Macle et al. [16]

le fait même que les patients avec une cardiomyopathie hypertrophique ou une amyloïdose représentent un risque thromboembolique significativement plus élevé et requièrent une anticoagulation indépendamment de leur score CHADS65 [23]. Quant aux patients présentant une FA non valvulaire, la SCC recommande l'utilisation de l'algorithme basé sur le CHADS65 pour déterminer l'indication d'un traitement anticoagulant à long terme [16]. Cette dernière recommande d'anticoaguler les patients âgés de plus de 65 ans ou ayant un ou des antécédents suivants : embolie (AVC/ICT, embolie pulmonaire ou artérielle), hypertension artérielle, insuffisance cardiaque et diabète. Évidemment, cette décision doit être individualisée en fonction

CAS CLINIQUE

Monsieur Francoeur présente une FA non valvulaire, vous calculez son CHADS65 à 2 (âge et HTA). Une anticoagulation à long terme est donc indiquée. Considérant son faible risque hémorragique et l'absence de contre-indication, l'urgentologue décide de lui prescrire un anticoagulant. Comment va-t-il faire son choix de molécule ?

L'ANTICOAGULATION

Si l'anticoagulation est indiquée, il est recommandé de la débiter immédiatement. À long terme, la SCC recommande l'usage d'un anticoagulant oral direct (AOD) (p. ex., rivaroxaban) en raison de leur facilité d'utilisation et de leur début d'action rapide [10, 17]. Si un AOD est choisi, il peut être débuté sans l'héparine puisque le pic d'action est rapide (2 à 4 heures) [17]. Toutefois, si le patient possède des contre-indications à l'usage d'un AOD telles qu'une insuffisance rénale sévère ou certaines FA valvulaires (valve mécanique, maladie valvulaire rhumatismale, sténose mitrale modérée à sévère), l'héparine non fractionnée intraveineuse (IV) devra être administrée comme « bridging » et la warfarine sera initiée. L'usage concomitant de l'héparine non fractionnée IV et de la warfarine est nécessaire considérant le pic d'action très lent de la warfarine (2 à 4 jours). En effet, l'héparine exerce son action presque immédiatement et possède une courte demi-vie (1 à 2 heures), ce qui en fait un agent de choix lorsque l'on nécessite une anticoagulation rapide et réversible [18].

LE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE OU LA CONVERSION DU RYTHME

La décision d'opter pour une stratégie de contrôle de la fréquence cardiaque ou du rythme cardiaque dépend essentiellement du jugement clinique de l'équipe traitante qui repose sur plusieurs facteurs (*voir Tableau 6*). La stratégie retenue dépendra du risque thromboembolique, de la symptomatologie, de la stabilité hémodynamique du patient et de ses préférences. L'évaluation dimensionnelle de l'oreillette gauche sera aussi un facteur important puisqu'une oreillette très dilatée laisse présager un potentiel moindre de maintien du rythme en raison de la chronicité et des modifications structurales de cette dernière.

STRATÉGIE DE CONTRÔLE DE LA FRÉQUENCE CARDIAQUE

Cette option vise essentiellement à ralentir la fréquence cardiaque du patient atteint de FA à <100 battements/minute au repos [19, 20] afin de soulager ses symptômes associés à l'arythmie, réduire les hospitalisations et éviter la détérioration de la fonction du ventricule gauche [19]. Cette stratégie implique d'utiliser un bloqueur du nœud auriculo-ventriculaire (AV) que ce

Tableau 6. Contrôle de la fréquence cardiaque versus conversion du rythme cardiaque.

En faveur d'un contrôle de la fréquence	En faveur d'une conversion du rythme
- FA persistante - Peu symptomatique - Absence d'insuffisance cardiaque congestive - Âge supérieur ou égal à 65 ans - Échec aux traitements antiarythmiques antérieurs - Préférence du patient	- FA paroxystique - FA nouvellement documentée - Symptomatique - Âge inférieur à 65 ans - Absence de HTA - Insuffisance cardiaque exacerbée par la FA - Absence d'échec aux antiarythmiques - Préférence du patient

Source : Gillis et al. [19]

soit des bêtabloquants (p. ex., métoprolol) et/ou des bloqueurs des canaux calciques non-dihydropyridine (BCC non-DHP) (p. ex., diltiazem). À noter que l'utilisation des BCC non-DHP est contre-indiquée chez le patient ayant une fraction d'éjection inférieure à 40 %. La digoxine est utilisée en deuxième intention puisqu'elle est moins efficace que les bloqueurs du nœud AV et qu'elle influence peu la fréquence cardiaque à l'effort [19].

STRATÉGIE DE CONVERSION DU RYTHME

Cette stratégie vise principalement les patients jeunes avec une fibrillation artérielle persistante de moins de un an (réduction des risques cardiovasculaire selon l'étude EAST-AFNET 2020) [24] ou ceux dont les symptômes persistent malgré un contrôle adéquat de la fréquence cardiaque en FA et consiste à convertir l'arythmie en rythme sinusal au moyen d'une cardioversion chimique (utilisation d'antiarythmiques) ou électrique (CVE). La CVE est plus efficace et plus rapide que la cardioversion chimique, mais nécessite une sédation profonde et une période de jeûne préalable [10]. Si les épisodes de FA sont rares (<1/mois), il est possible d'adopter une stratégie appelée « Pill in the pocket », où le patient prend au besoin une dose élevée d'antiarythmique per os de type 1C combiné à un bloqueur du nœud AV per os [10]. Si les épisodes sont plus fréquents et très symptomatiques, une thérapie antiarythmique de maintien est alors nécessaire.

L'efficacité de ces agents antiarythmiques varie de 30 à

50 % pour la majorité d'entre eux sachant que l'amiodarone se démarque avec une efficacité de 60 à 70 % [10]. Outre l'efficacité, le choix de l'antiarythmique repose essentiellement sur les comorbidités, telles que l'insuffisance cardiaque et la maladie coronarienne athérosclérotique [10]. En présence d'une insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection supérieure à 40 %, l'amiodarone et le sotalol sont sécuritaires et efficaces, alors qu'en présence d'une fraction d'éjection inférieure à 40 %, seule l'amiodarone est indiquée. En présence de maladie coronarienne ou d'insuffisance cardiaque, la flécaïnide et le propafénone sont contre-indiqués. La surveillance des effets secondaires possibles associés à ces agents est essentielle. À titre d'exemple, l'amiodarone a des risques de toxicité significatifs tels que la photosensibilité, les troubles thyroïdiens, hépatiques, pulmonaires et autres [10]. À titre comparatif, le sotalol présente des risques accrus de torsades de pointes surtout en présence de désordres électrolytiques (hypokaliémie, hypomagnésémie, hypocalcémie).

Lorsque l'adoption d'une stratégie de contrôle du rythme est préconisée, la cardioversion électrique ou chimique immédiate est possible chez les patients présentant l'une des conditions de sécurité suivantes [23] :

- FA non valvulaire ayant débutée depuis < 12 h et en absence d'AVC /ICT récent;
- FA Non valvulaire ayant débutée depuis 12 à 48 h avec un CHADS2 0-1;
- Anticoagulation adéquate ≥ 3 semaines
- ETO démontrant l'absence de thrombus

Dans tous ces cas, l'anticoagulation peut être initiée dès que possible et une cardioversion peut être effectuée sans délai [10]. Si aucune des quatre conditions de sécurité précédentes n'est rencontrée, la cardioversion ne peut être réalisée, à moins d'une instabilité hémodynamique. Il faut toutefois retenir qu'il est rare qu'une FA primaire conduise à une instabilité suffisante pour requérir une cardioversion urgente [12], et qu'en général, une cause secondaire (sepsis, embolie pulmonaire, hémorragie, etc.) doit toujours être recherchée.

Si les critères de sécurité ne sont pas satisfaits, deux options s'offrent alors. La première consiste à débiter l'anticoagulation immédiatement et à procéder à une ETO afin d'exclure la présence d'un thrombus au niveau de l'appendice auriculaire gauche. En l'absence de thrombus, il est alors possible de procéder à la cardioversion. S'il y a un thrombus, il faut alors poursuivre l'anticoagulation trois semaines avant de reconstrôler l'ETO. La seconde option, si une ETO n'est pas accessible, consiste à adopter une thérapie de contrôle de la fréquence et une anticoagulation thérapeutique minimale de trois semaines avant de procéder à une cardioversion. Mentionnons l'importance de documenter toute omission de l'anticoagulant durant cette période puisque cela représente un risque thromboembolique.

CAS CLINIQUE

M. Francoeur présente une FA non valvulaire CHADS65 à 2 présente depuis trois heures. Il n'a pas d'antécédent d'AVC/ICT dans les 6 derniers mois. Une cardioversion pourra être effectuée.

À la suite d'une cardioversion électrique, bien que le rythme sinusal soit rétabli, des risques thromboemboliques persistent, et ce, même chez une personne présentant un score CHADS65 à 0. Premièrement, il est possible qu'un thrombus formé pendant l'épisode de FA s'engage au niveau de la circulation systémique lors de la conversion en raison de la reprise de la contraction auriculaire. Deuxièmement, la dysfonction mécanique de l'oreillette est souvent rapportée durant la période qui suit la cardioversion chimique/électrique ou lors d'une conversion spontanée en rythme sinusal. La durée et la sévérité de cette dysfonction de l'oreillette sont généralement proportionnelles à la durée de l'épisode de FA et à la taille de l'oreillette gauche. Une anticoagulation minimale de quatre semaines est donc recommandée, et ce, indépendamment de l'évaluation CHADS65 du patient. Après cette période, l'anticoagulation à long terme devra être poursuivie pour les patients ayant une FA non valvulaire avec un score CHADS65 ≥ 1 ou une FA valvulaire, et dans le cas inverse pourra être cessée chez les patients ayant une FA non valvulaire et un score CHADS65 à 0 [10].

ÉLÉMENTS DE SURVEILLANCE ET INTERVENTIONS INFIRMIÈRES

Suite à la cardioversion électrique, l'infirmière devra assurer une évaluation hémodynamique et neurologique en raison de la sédation procédurale ainsi que déceler les signes précurseurs d'AVC ou d'ICT. De plus, le patient doit demeurer sous moniteur cardiaque pour s'assurer du maintien du rythme sinusal. Le congé peut être autorisé deux heures après la cardioversion en absence de complication.

Au congé, le patient devra recevoir plusieurs conseils d'usage comme recommandé par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) [18]. Tout d'abord, il est primordial de documenter et d'informer le patient ayant subi une cardioversion électrique de l'interdiction de conduire ou d'opérer de la machinerie lourde pour une période de 24 heures compte tenu de l'anesthésie [21]. Le patient doit aussi être informé des surveillances et interventions en cas de saignement ou d'impact à la tête au même titre que les risques engendrés par une non-observance à son traitement anticoagulant. De plus, il doit être avisé de la contre-indication de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) étant donné le risque augmenté de saignement avec la prise concomitante d'un anticoagulant [22]. Finalement, les habitudes de vie doivent être

adressées tout au long du parcours de soins du patient, afin de réduire les risques associés à une consommation d'alcool ou de stimulants pouvant agir à titre de facteur déclencheur de la FA. Par ailleurs, le maintien d'un poids santé et les saines habitudes de vie favoriseront un meilleur contrôle de la FA et permettront



une meilleure gestion des facteurs de risque associés tels que l'hypertension artérielle et l'apnée du sommeil.

CAS CLINIQUE

Monsieur Francoeur a congé deux heures post-CVE avec un suivi en externe ainsi qu'une polysomnographie en externe (dépistage SAHS). Il part avec la prescription suivante : Xarelto 20 mg PO die, Flécaïnone 50 mg PO BID + Lopressor 25 mg PO BID

Vous procédez aux enseignements suivants :

- Expliquer la FA
- Aviser de la contre-indication de conduire pour 24 heures
- Conseils d'usage :
 - Indications, posologie et surveillances de la médication prescrite
 - Importance de la prise du xarelto en mangeant pour s'assurer de son efficacité
 - Plan de gestion en cas d'oubli d'un médicament (p. ex., avec son pharmacien)
 - Éviter la prise d'AINS concomitante (p. ex., ibuprofène)
 - Risque thromboembolique en cas de non-adhérence
 - Surveillances et interventions en lien avec le risque de saignement, dont l'indication de consulter en

- cas de chute grave ou d'un traumatisme à la tête.
- Suivre les recommandations de son médecin pour toute gestion périopératoire des anticoagulants (p. ex., extraction dentaire, colonoscopie)
- Changement des habitudes de vie
 - Minimiser la consommation de stimulants (p. ex., alcool, drogue)
 - Encourager l'activité physique, le maintien d'un poids santé et une saine alimentation. ■

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.



Les auteurs

Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Institut de Cardiologie de Montréal



Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Institut de Cardiologie de Montréal



Eva Romano, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Institut de Cardiologie de Montréal



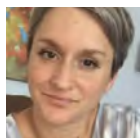
Alain Vadeboncoeur, MD

Urgentologue
Institut de Cardiologie de Montréal



Jeannie Medeiros Charbonneau, Pharm. D., M. Sc.

Pharmacienne
Institut de Cardiologie de Montréal



Dominique Morency Laflamme, inf., B. Sc.

Conseillère en soins infirmiers
Institut de Cardiologie de Montréal

Références

1. Schnabel RB, Yin X, Gona P, Larson MG, Beiser AS, McManus DD, et al. 50 years trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*. 2015; 386(9989): 154–162.
2. Kannel WB, Wolf PA, Benjamin EJ, Levy D. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates. *Am J Cardio*. 1998; 82(7): 2–9.
3. Wong BM, Green MS, Stiell IG. Rate Control Management of Atrial Fibrillation with Rapid Ventricular Response in the Emergency Department. *Can J Cardio*. 2019.
4. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Lignes directrices : triage à l'urgence (2e éd.). 2019. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
5. Groupe de travail national sur l'ÉTg, Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, et al. Guide d'implantation de l'Échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. 2018. Repéré à http://ctas-phctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/etg_98.pdf
6. Dewar RI, Lip GY. Guidelines Development Group for the NICE clinical guideline for the management of atrial fibrillation. Identification, diagnosis and assessment of atrial fibrillation. *Heart*. 2007; 93(1): 25–28.
7. Kirchhof P, Benussi S, Kotecha D, Ahlsson A, Atar D, Casadei B, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. *Eur Heart J*. 2016; 37(38): 2893–2962.
8. January CT, Wann LS, Alpert JS, Calkins H, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardio*. 2014; 64(21), e1–e76.
9. Neumar RW, Otto CW, Link MS, Kronick SL, Shuster M, Callaway CW, et al. Part 8: adult advanced cardiovascular life support: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *Circulation*. 2010; 122: S729–S767.
10. Andrade JG, Verma A, Mitchell LB, Parkash R, Leblanc K, Atzema C, et al. 2018 focused update of the Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of atrial fibrillation. *Can J Cardio*. 2018; 34(11): 1371–1392.
11. Dorian P, Cvitkovic SS, Kerr CR, Crystal E, Gillis AM, Guerra PG, et al. A novel, simple scale for assessing the symptom severity of atrial fibrillation at the bedside: the CCS-SAF scale. *Can J Cardio*. 2006; 22(5): 383–386.
12. Stiell IG, Scheuermeyer FX, Vadeboncoeur A, Angaran P, Eagles D, Graham ID, et al. CAEP acute atrial fibrillation/flutter best practices checklist. *Can J Emerg Med*. 2018; 20(3): 334–342.
13. Healey JS, Parkash R, Pollak T, Tsang T, Dorian P. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: etiology and initial investigations. *Can J Cardio*. 2011; 27(1): 31–37.
14. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, Chung SA, Vairavanathan S, Islam S, et al. Stop questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. *J Am Soc Anesth*. 2008;108(5):812–21.
15. Iwasaki YK, Nishida K, Kato T, Nattel S. Atrial fibrillation pathophysiology: implications for management. *Circulation*. 2011;124(20):2264–74.
16. Macle L, Cairns JA, Andrade JG, Mitchell LB, Nattel S, Verma A, et al. The 2014 atrial fibrillation guidelines companion: a practical approach to the use of the Canadian Cardiovascular Society guidelines. *Can J Cardio*. 2015;31(10):1207–18.
17. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Usage des anticoagulants oraux directs et de la warfarine dans le contexte de la fibrillation auriculaire et de la thromboembolie veineuse. 2019a. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Warfarine/INESSS_warfarine_rapport_GUO_FA_TVP-EP.pdf
18. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Guide d'usage optimal — Fibrillation auriculaire chez l'adulte. 2019b. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Warfarine/GUO_Fibrillation_FR.pdf
19. Gillis AM, Verma A, Talajic M, Nattel S, Dorian P, CCS Atrial Fibrillation Guidelines Committee. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: rate and rhythm management. *Can J Cardio*. 2011;27(1):47–59
20. Aguilar M, Nattel S. Taking the pulse of atrial fibrillation: a practical approach to rate control. *Can J Cardio*. 2018; 34(11): 1526–1530.
21. Morani G, Bergamini C, Angheben C, Pozzani L, Ciccoira M, Tomasi L, et al. General anaesthesia for external electrical cardioversion of atrial fibrillation: experience of an exclusively cardiological procedural management. *Europace*. 2010;12(11):1558–63
22. Kent AP, Brueckmann M, Fraessdorf M, Connolly SJ, Yusuf S, Eikelboom JW, et al. Concomitant oral anticoagulant and nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy in patients with atrial fibrillation. *J Am Coll cardio*. 2018;72(3):255–67.
23. Andrade, JG. et al. (2020) The 2020 Canadian Cardiovascular Society/Canadian Heart Rhythm Society Comprehensive Guidelines for the Management of Atrial Fibrillation. *Can J Cardio*. 2020. Téléaccessible : [https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(20\)30991-0/fulltext](https://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(20)30991-0/fulltext).
24. Kirchhof, P. et al.(2020).Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation.The New England Journal of Medicine,383(14), 1305–1316.



UN EMPLOI EN SANTÉ POUR VOUS

Nous vous offrons plus qu'une carrière...
Un épanouissement.

- Les meilleures conditions de l'industrie
- Gestion de vos horaires en temps réel via notre portail web
- Remplacements à temps complet, temps partiel ou sur appel disponibles
- Une équipe professionnelle et dynamique à l'écoute de vos besoins
- **Des mandats partout au Québec**

Faites-nous parvenir votre curriculum vitae
cv@servicesprogressifs.com
Tél : 514 335-1813, poste 235
Télécopieur : 514 336-8803
www.servicesprogressifs.com

**Primes d'embauche
allant jusqu'à 2000 \$***

*certaines conditions s'appliquent



VRAI OU FAUX

Les soins d'urgence et l'oncologie

Un Canadien sur deux développera un cancer au cours de sa vie [1]. En ce sens, il est de plus en plus commun de soigner des usagers recevant des traitements contre le cancer (URTCC) dans les salles d'urgence. Les modalités de traitement offertes aux URTCC sont dorénavant nombreuses et plus complexes. Il n'est plus seulement question de chimiothérapie, de radiothérapie ou de chirurgie. À ces modalités se sont ajoutées l'immunothérapie, la thérapie ciblée, l'hormonothérapie et la greffe de cellules souches [2]. Il est d'ailleurs reconnu que la prise en charge de

certaines URTCC, comme ceux recevant de la chimiothérapie, se distingue des autres clientèles puisque des précautions doivent être mises en place lors de la manipulation des excréments [3]. Il importe donc de sensibiliser le personnel infirmier (c'est-à-dire les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires) quant à certaines particularités liées à la prise en charge d'un URTCC à la salle d'urgence. Cet article qui se veut à la fois instructif et ludique est le premier d'une série de deux.

par Billy Vinette, Alexandra Lapierre et Marie-Ève Bélanger

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE, SAUREZ-VOUS DISTINGUER LE VRAI DU FAUX ?

1. La prise de la température axillaire et de la température rectale est une pratique adéquate chez un URTCC.
☐ VRAI ☐ FAUX
2. Il est nécessaire qu'un URTCC présente une fièvre, soit une température buccale $\geq 38,3$ °C ou une température à 38,0 °C, pendant une heure afin de suspecter une infection.
☐ VRAI ☐ FAUX
3. La chimiothérapie est considérée comme un médicament dangereux puisqu'elle entraîne des risques pour les usagers qui la reçoivent.
☐ VRAI ☐ FAUX
4. Suite au retrait des équipements de protection individuels (ÉPI), vous devez procéder à l'hygiène de vos mains avec une solution hydroalcoolique.
☐ VRAI ☐ FAUX
5. Le mot « CYTOTOXIQUE » indique que le médicament est toxique pour les cellules et qu'il est seulement utilisé pour traiter un cancer. Vrai ou faux
☐ VRAI ☐ FAUX
6. Un URTCC mentionne qu'il a reçu son dernier traitement de chimiothérapie il y a 48 heures. Le port d'ÉPI est donc requis pour les soins pouvant entraîner un contact avec les liquides biologiques.
☐ VRAI ☐ FAUX
7. Le changement de la literie d'un URTCC ayant reçu de la chimiothérapie il y a 48 heures peut être effectué en portant seulement des gants.
☐ VRAI ☐ FAUX
8. Vous devez administrer un comprimé de chimiothérapie à un URTCC. Comme c'est un comprimé, le port d'ÉPI n'est pas requis.
☐ VRAI ☐ FAUX
9. Un URTCC recevant de la chimiothérapie en continu présente de la douleur, un érythème, un œdème et une accumulation de liquide au site d'insertion de son cathéter intraveineux périphérique de type Picc Line. Votre première intervention sera de cesser immédiatement l'administration de l'agent antinéoplasique.
☐ VRAI ☐ FAUX
10. Lors de l'installation d'un cathéter court installé par voie périphérique chez un URTCC ayant reçu de la chimiothérapie il y a moins de 48 heures, une faible quantité de sang se déverse sur votre uniforme. Dans cette situation, il vous est possible de conserver votre uniforme jusqu'à la fin de votre quart de travail.
☐ VRAI ☐ FAUX

Retrouvez les réponses à la page 39!



PRATIQUE CLINIQUE

Les saignements du premier trimestre à l'urgence : comment améliorer nos pratiques chez la femme enceinte ?

La prise en charge des saignements lors du premier trimestre de la grossesse peut être complexe. Premièrement, la famille peut manifester des besoins psychologiques et émotionnels particuliers nécessitant un soutien personnalisé. De plus, les saignements peuvent être la manifestation de complications des différentes gravités nécessitant une prise en charge et un suivi plus avancés. Cet article présente les lignes directrices globales quant à la prise en charge de ces saignements et des complications associées.

par Jessie Carrier et Nathalie Amiot

INTRODUCTION

Les femmes enceintes font partie courante de la clientèle qui se présente aux urgences. Les motifs les plus fréquents de consultation chez cette clientèle sont les douleurs pelviennes, les saignements vaginaux, les nausées, les céphalées, les vertiges et les syncopes [1,2]. En effet, les saignements du premier trimestre sont présents dans 25 % des grossesses [1-3]. Jusqu'à 50 % de ces saignements se termineront en avortement spontané, ce qui correspond à environ une grossesse sur six [1,2]. Leur prise en charge peut s'avérer complexe pour les professionnels de la santé aux niveaux physique, psychologique et émotionnel. Au niveau physique, il faut penser entre autres aux symptômes, aux pathologies courantes, aux complications de la grossesse et à l'administration de la médication qui est parfois limitée en lien avec les risques de tératogénicité. Au niveau psychologique et émotionnel, c'est plutôt la détresse qu'entraîne la consultation ou bien le deuil possible d'une grossesse désirée qui nécessite le plus d'accompagnement de la part des professionnels [1-3].

Cet article se concentrera sur les saignements du premier trimestre qui sont une cause fréquente de consultation à l'urgence. Il vous

permettra d'être mieux outillé à accompagner ces familles dans leur épisode de soins, pour lesquelles le dénouement peut être malheureux et angoissant.

LES CAUSES DE SAIGNEMENT LORS DU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE

Dès le triage, il est pertinent d'expliquer à la patiente et à sa famille qu'il y a différentes causes de saignements vaginaux au premier trimestre telles que l'avortement spontané, la grossesse ectopique, l'hématome sous-chorionique, la maladie trophoblastique gestationnelle et les saignements bénins [1,3-8]. Il faut toutefois demeurer objectif et éviter de banaliser ou de faire de la fausse réassurance. Puisqu'il s'agit d'une grande préoccupation, cette étape du séjour à l'urgence a été démontrée comme étant importante dans la compréhension de la situation des familles et améliore la satisfaction des soins reçus [5,12,13]. À cet effet, le **Tableau 1** présente les différentes causes de saignements lors du premier trimestre ainsi que les particularités de chacune [1,3-8].

Tableau 1. Causes possibles de saignement vaginal au premier trimestre.

Saignement du premier trimestre	Définition	Causes/Facteurs de risque
Menace d'avortement ou avortement spontané Synonyme: Fausse couche	Avortement spontané: « Mort embryonnaire ou fœtale non induite, ou l'expulsion des produits de conception avant la 20e semaine »^[31] Menace d'avortement: « Métorrhagie sans dilatation du col se produisant pendant cette période et indiquant la survenue possible d'une fausse couche... »^[31]	- Anomalies chromosomiques - Développement zygotique anormal - Exposition à des substances tératogènes (tabac, alcool, drogues, etc.) - Nidation anormale - Anomalies de l'appareil génital ou placentaire - Faiblesse du col utérin - Maladie chronique chez la mère (déséquilibre endocrinien, complexe TORCH* et syndrome des antiphospholipides)
Grossesse ectopique Synonyme: Grossesse extra-utérine	« L'implantation se produit dans un site autre que le revêtement endométrial de la cavité utérine, dans la trompe de Fallope, la corne de l'utérus ou la cavité abdominale/pelvienne. Les grossesses extra-utérines ne peuvent pas être menées à terme et finissent par se rompre ou involuer » ^[32]	- Lésions tubaires secondaires à un syndrome inflammatoire pelvien ou à une chirurgie - Anomalie tubaire congénitale - Endométriose - Grossesse ectopique antérieure - Présence d'un stérilet - Fécondation in vitro (FIV) - Autres facteurs possibles: tabagisme, contraceptif à progestérone seul
Hématome sous-chorionique	Accumulation anormale de sang entre le placenta et la paroi utérine qui entraîne parfois un décollement partiel du placenta	- Développement anormal du placenta - Implantation anormale de l'ovule fécondé - FIV - Tabagisme et/ou ingestion d'alcool - Âge avancé > 35 ans - Grande multiparité ou grossesse multiple - Antécédent de décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) - Thrombophilie maternelle - Traumatisme
Maladie trophoblastique gestationnelle Synonyme: Grossesse molaire ou môle hydatiforme	« Prolifération de tissus trophoblastique »^[33] « Villosités choriales du placenta se transforment en grappes de vésicules remplies de liquide (hydropiques), tandis qu'un espace rempli de liquide se forme au centre du placenta »^[6]	- Âge < 15 ans ou > 45 ans - Antécédent de môle - Antécédents familiaux
Saignement bénin de la grossesse • Saignement d'implantation • Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin	Saignement d'implantation: - Œuf fécondé (zygote) qui se fixe sur la paroi de l'utérus pouvant créer de microlésions et causer des saignements Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin: - Le col est très friable et vascularisé, donc il est plus susceptible de saigner durant la grossesse	- Lésions ou polypes cervicaux - Trauma au col: - Après une relation sexuelle - Après un examen gynécologique - Activité physique intense

*TORCH: Toxoplasmose, Others (Syphilis, VIH, Varicelle, Parvovirus) Rubéole, Cytomégalo virus, Herpès

Source : [1,3-8]

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ASSOCIÉE AUX SAIGNEMENTS DU PREMIER TRIMESTRE

Durant la prise en charge, un élément à ne pas négliger est le côté psychologique en lien avec les saignements lors de la grossesse autant pour la femme que pour sa famille. Il s'agit d'une grande source de stress pour eux, et ce, pour de multiples raisons. Tout d'abord, cette période est souvent perçue comme une menace pour la grossesse et s'accompagne d'une grande culpabilité, de tristesse, de peur et de beaucoup d'inquiétude [1,5,12]. Étant donné la possibilité de fin de grossesse, l'anxiété et le deuil de l'enfant tant attendu débutent avant même l'arrivée à l'urgence [1,10,11]. Puisque les saignements du premier trimestre peuvent avoir une issue défavorable, il est important d'explorer et de reconnaître les préoccupations et la détresse de la patiente et du partenaire qui vivent un moment difficile [5]. Afin de valider leur détresse, il est recommandé de faire preuve d'empathie et d'écoute active envers leurs émotions et d'être attentionné [5]. Il est également important de les inclure dans les discussions et les décisions tout en respectant leur intimité et leur rythme [5]. Ces facteurs ont une influence sur la perception des soins et l'expérience à l'urgence [5].

D'autres facteurs peuvent contribuer à augmenter la détresse vécue par les familles. Le temps d'attente peut être perçu comme trop long. Les patientes ressentent souvent de la douleur et croient que le saignement vaginal nécessite des soins urgents et que l'issue de la grossesse peut être modifiée avec des soins plus rapides. Ainsi, les familles peuvent avoir des attentes et des insatisfactions en lien avec leur séjour à l'urgence [5,9,12,13]. Le délai d'attente peut être perçu comme interminable, surtout s'ils doivent attendre dans la salle d'attente générale et non dans un endroit privé en toute intimité [5]. Dans le contexte actuel d'achalandage élevé des urgences, il n'est pas toujours possible d'offrir une salle privée aux familles. Si possible, cette petite attention pourrait grandement changer leur expérience de soin et atténuer leur stress [5]. Aussi, la charge de travail élevée des professionnels, l'utilisation de termes médicaux et le manque de connaissances sur les saignements du premier trimestre contribuent à augmenter l'anxiété des familles [1]. Ainsi, le simple fait de faire de l'enseignement en se basant sur leurs savoirs actuels et en s'adaptant à leur niveau de littératie pourrait atténuer leur stress. Il est donc essentiel en tant que professionnels de la santé d'être conscients de ces facteurs de stress et du besoin de soutien des familles afin d'améliorer leur expérience de soins.

QUESTIONNAIRE SPÉCIFIQUE AUX SAIGNEMENTS

Afin de bien questionner les patientes au triage et de déterminer l'urgence d'agir, il est tout d'abord essentiel de connaître le nombre de semaines de grossesse complétées. Cette information sera utile pour déterminer s'il s'agit d'un saignement du premier, deuxième ou troisième trimestre. Le premier trimestre se termine à la fin de la 14^e semaine de grossesse [4-7]. De plus, à partir de 20 semaines, les patientes sont, dans la plupart des

centres hospitaliers du Québec, orientées directement à la salle d'accouchement.

Par la suite, il faut questionner plus en détail les saignements pour préciser l'étiologie et les symptômes. À ce sujet, il est important de se renseigner sur la quantité de saignement [6]. En premier lieu, il faut connaître le type de protection utilisé puisque le degré d'absorption peut varier. Il faut également connaître la fréquence des changements et le pourcentage de la protection imbibée. Par exemple, une patiente pourrait répondre qu'elle utilise des protège-dessous (serviettes minces, peu absorbantes), et qu'ils sont souillés à environ 75 % à chaque 4 heures. Une autre pourrait répondre qu'elle utilise des serviettes hygiéniques maxi (ultra absorbantes) et doit les changer toutes les heures parce qu'elles sont souillées à 100 %. Cette information est cruciale afin de déterminer la gravité de la situation. Un saignement est considéré abondant si la patiente imbibe une serviette maxi ou deux serviettes régulières par heure pendant plus de 2 heures consécutives [4,15]. Afin de faciliter le décompte des serviettes hygiéniques, il est préférable d'en offrir une nouvelle dès le départ et de les diriger vers les salles de bain au besoin; ces petites attentions sont bien appréciées de la part des patientes [5]. En plus de la quantité, il faut s'informer sur l'aspect des saignements, soit la couleur (brunâtre, rosé ou rouge clair) et la présence ou non de caillots [6]. De plus, il est essentiel de valider le moment d'apparition des saignements pour déterminer la durée et pour constater s'il y a un lien de cause à effet avec une relation sexuelle, un examen gynécologique ou un trauma, par exemple [6].

Figure 1. Aide-mémoire pour le questionnaire des saignements du premier trimestre.

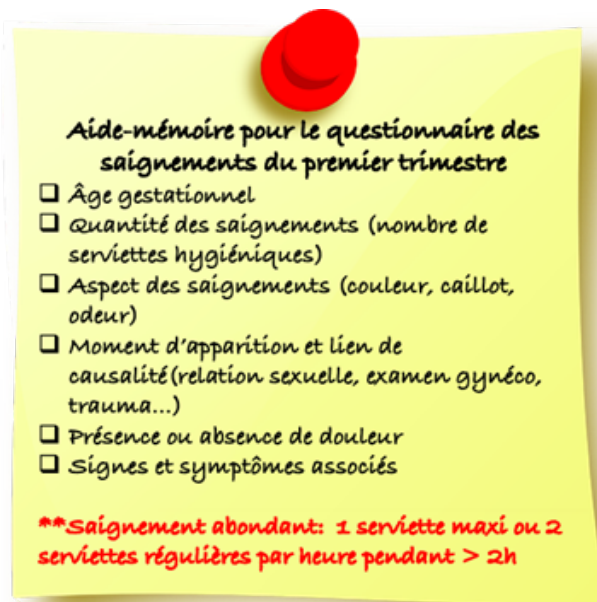


Tableau 2. Signes et symptômes des différentes causes de saignement du premier trimestre.

Saignement du premier trimestre	Questionnaire	Examen physique
Menace d'avortement ou avortement spontané Synonyme: Fausse couche	Avortement spontané ou menace d'avortement: • Douleur sous forme de crampes abdominales • Douleur parfois irradiante au niveau lombaire • Saignements vaginaux rouges clairs avec possibilité de caillots	• Dilatation du col si avortement spontané • Col fermé si menace d'avortement
Grossesse ectopique Synonyme: Grossesse extra-utérine	• Douleur très vive unilatérale • Douleur parfois irradiante à l'épaule droite • Syncope possible (si rupture) • Saignements vaginaux variables	• Examen abdo/pelvien douloureux avec ou sans défense • Rigidité abdominale possible • Douleur lors de la décompression
Hématome sous-chorionique	• Peu ou pas de douleur abdominale (variable selon la gravité de l'hématome) • Saignements vaginaux (Absent ou de léger à abondant selon le cas) • Parfois présence de caillots	• Sans particularité
Maladie trophoblastique gestationnelle Synonyme: Grossesse molaire ou môle hydatiforme	• Généralement absence de douleur • Saignements vaginaux (surtout brunâtre) • Parfois perte de vésicules hydropiques • Hyperémèse gravidique (Nausées sévères) • Signes et symptômes d'hyperthyroïdie • Thrombose	• Hauteur utérine augmentée par rapport à l'âge gestationnel • Hypertension artérielle gestationnelle
Saignement bénin de la grossesse • Saignement d'implantation • Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin	Saignement d'implantation: • Saignements vaginaux vers 5-6 semaines de grossesse Saignement en provenance du col de l'utérus ou du vagin: • Généralement absence de douleur • Spotting ou saignements vaginaux légers • Parfois dyspareunie**	• Présence de lésion ou polype au niveau du col • Friabilité du col lors de l'examen

**Dyspareunie: Douleur pendant ou après la pénétration, soit à l'entrée du vagin ou profonde.

Source : [1,3-8]

Finalement, il faut s'interroger sur la présence ou non de douleur puisque cela peut modifier la priorité de triage et ainsi, l'urgence d'agir. Si la patiente présente de la douleur, il faut la questionner à l'aide de l'acronyme PQRSTU bien connu de tous les infirmières et infirmiers. Pour plus d'informations, le **Tableau 2** contient les renseignements sur les signes et symptômes spécifiques aux différentes causes [1,3-8]. D'autres signes et symptômes peuvent être présents en cas de douleur vive ou de saignement abondant comme des étourdissements, des nausées, des vomissements, une syncope, des palpitations et des épisodes d'hypotension. Afin de ne rien oublier dans le questionnaire, un aide-mémoire résumé est disponible en consultation à la **Figure 1**.

PRISE EN CHARGE DES SAIGNEMENTS DU PREMIER TRIMESTRE

Même si le questionnaire est bien détaillé, il est impossible d'émettre une hypothèse diagnostique basée uniquement sur l'anamnèse. Seuls une échographie et un contrôle sanguin du Bêta-hCG permettent de confirmer l'étiologie des saignements lors de la grossesse. Les patientes auront sûrement beaucoup de questions dans les heures qui suivront le triage, puisque cette période d'attente, jusqu'au diagnostic, est une grande source d'inquiétudes [5-12]. Il est donc primordial de bien les informer sur les étapes à suivre. Afin de diminuer la charge de travail au triage et d'améliorer la rétention d'information qui peut parfois être difficile en cas de grand stress [5], plusieurs centres hospitaliers mettent à disposition des fiches d'informations ►

sur les saignements du premier trimestre qu'il est possible de remettre aux patientes.

En premier lieu, il est fort probable que la patiente ait initialement une prise de sang et une échographie. Selon le moment de consultation et la disponibilité, l'échographie peut parfois être réalisée le lendemain ou dans les journées subséquentes. Dans les analyses sanguines, il est possible qu'un Bêta-hCG, une formule sanguine complète (FSC) et le groupe sanguin soient demandés. Le Bêta-hCG permet de donner un aperçu de l'âge gestationnel (**Tableau 3**) [14]. Par contre, une seule mesure est souvent insuffisante pour déterminer si la grossesse est viable ou non et de ce fait, il faut parfois faire un contrôle 24 à 48 heures plus tard pour déterminer s'il y a élévation ou non de l'hormone [16]. Il est attendu que le taux de bêta-hCG augmente minimalement de 55 % en 48 heures si la grossesse est viable. Si ce n'est pas le cas, surtout avant sept semaines de gestation, cela est suggestif d'un avortement spontané, d'une menace d'avortement ou d'une grossesse ectopique [16]. En effet, en cas de grossesse ectopique, le niveau de Bêta-hCG sera plutôt faible par rapport au nombre de semaines de grossesse, tandis qu'en présence d'une maladie trophoblastique gestationnelle, le niveau sera très élevé.

Tableau 3. Taux d'hormone gonadotrophine chorionique (Bêta-hCG quantitatif) selon l'âge gestationnel.

ÂGE GESTATIONNEL	VALEURS NORMALES
Non enceinte	< 5,0 mUI/ml
1 à 3 semaines	5 à 50 mUI/ml
4 semaines	5 à 425 mUI/ml
5 semaines	20 à 7 400 mUI/ml
6 semaines	1 000 à 56 000 mUI/ml
7-8 semaines	7 600 à 230 000 mUI/ml
9 à 12 semaines	25 000 à 290 000 mUI/ml
13 à 16 semaines	13 000 à 254 000 mUI/ml
17 à 24 semaines	4 000 à 166 000 mUI/ml
> 24 semaines	3 400 à 117 000 mUI/ml

La FSC est utilisée pour déterminer l'importance de la perte sanguine et la présence ou non d'augmentation des globules blancs. Le groupe sanguin est essentiel pour déterminer si la patiente est à risque d'une allo-immunisation foeto-maternelle en cas d'avortement spontané [17,18]. En effet, si son groupe sanguin est Rhésus (Rh) négatif et que le conjoint a un Rh positif, le bébé a 50 % de chances d'être Rh positif. Si c'est le cas, il y a un risque de production d'anticorps qui pourraient attaquer les cellules sanguines du bébé et il est nécessaire d'administrer des immunoglobulines humaines anti-D (WinRho) pour prévenir

la maladie hémolytique du nouveau-né lors des grossesses subséquentes qui peut causer l'anémie néonatale, l'ictère, la mort in utéro ou le décès du nouveau-né en lien avec la destruction des hématies [17,18].

Ensuite, au niveau échographique, il est important d'expliquer à la patiente les différentes possibilités. Il existe deux types d'échographies, soit l'échographie pelvienne et l'échographie endovaginale. L'échographie pelvienne est la plus fréquemment utilisée, mais l'échographie endovaginale peut être faite lors d'une grossesse de moins de 10 semaines afin de faciliter la visualisation de l'embryon et du cœur fœtal.

Enfin, un examen gynécologique est souvent exécuté afin de visualiser l'état du col de l'utérus. Si le médecin observe une dilatation du col ou des débris de grossesse au niveau vaginal, ce sont des signes d'avortement spontané [6]. Le praticien pourrait également apercevoir un polype, une lésion cervicale ou bien une friabilité du col qui sont trois causes de saignements bénins de la grossesse.

ENSEIGNEMENT À PRODIGUER

Peu importe la cause du saignement, un enseignement adapté s'avère très important et pourra rassurer la patiente et sa famille. Même si l'enseignement diffère selon le diagnostic, il y a un élément commun pour tous les types de saignement. Il est recommandé de ne rien introduire dans le vagin ni d'avoir de relation sexuelle jusqu'à la fin des saignements [6,15,19,22]. Certains écrits mentionnent même jusqu'à une semaine après l'arrêt des saignements. Voyons maintenant les spécificités de l'enseignement de chacune des causes de saignement du premier trimestre.

Avortement spontané

Lorsque le diagnostic se confirme et qu'il s'agit d'une fausse couche, il est essentiel de bien accompagner la famille dans ce dénouement malheureux. L'une des premières interventions à mettre en œuvre est d'expliquer que ce n'est pas de leur faute et de faire un rappel sur les causes et facteurs possibles qui augmentent la menace d'avortement [5]. En effet, l'avortement est souvent secondaire à des anomalies génétiques majeures lors de la conception sans toutefois être héréditaire et récurrent, donc une grossesse suivante n'aurait pas nécessairement la même issue, ce qui est rassurant [22]. Si les familles ressentent une grande culpabilité, il est possible de leur préciser que ce n'est pas secondaire à une infertilité, un grand stress, une fatigue importante ou une relation sexuelle. Également, si la patiente a suivi les recommandations sur l'alimentation et le sport, ils ne sont probablement pas des causes d'avortement spontané. Ensuite, il faut être en mesure de bien informer la patiente sur son diagnostic. Il peut s'agir d'un avortement complet ou incomplet et les interventions à suivre peuvent être différentes. L'avortement complet indique que tous les produits de conception ont été évacués naturellement et aucune autre ►

intervention médicale ne sera nécessaire pour le moment. Il est possible qu'un Bêta-hCG ou une échographie de contrôle soit demandés quelques semaines plus tard pour confirmer que la grossesse est bel et bien terminée et qu'il n'y a aucune rétention de produit de conception [6-8].

Si l'avortement est incomplet, cela indique qu'il y a une rétention placentaire et/ou fœtale. L'avortement pourrait se compléter seul de façon naturelle, mais parfois, si la rétention persiste, le recours à une méthode médicale (chimique) ou chirurgicale est nécessaire [6-8]. L'option de prise en charge naturelle consiste à laisser le corps expulser lui-même les débris restants dans l'utérus et faire un contrôle échographique afin de s'assurer qu'ils ont tous été expulsés. Du côté médical, cela consiste à prendre un médicament appelé Misoprostol afin d'induire des contractions utérines, de ramollir le col et ainsi faciliter l'expulsion des débris [22,23]. Enfin, l'option chirurgicale appelée « dilatation et curetage » est une intervention qui consiste en l'insertion de cathéters stériles à l'intérieur du col utérin afin de le dilater pour se rendre jusqu'à l'intérieur de l'utérus et aller chercher mécaniquement, à l'aide d'une curette ou d'une aspiration, les débris restés à l'intérieur de l'utérus [6,22,24]. Il est important que la patiente soit informée de toutes les options disponibles pour prendre une décision libre et éclairée [5].

Ensuite, il est primordial d'enseigner les symptômes possibles après une fausse couche et également les signes et symptômes d'alarme à identifier en cas de complication. Il est fréquent que les femmes ressentent des crampes abdominales et des saignements légers à abondants durant l'avortement, surtout avec l'utilisation du Misoprostol [6,15]. Il est normal que les saignements durent jusqu'à deux semaines après l'évènement [15,19,22]. Les menstruations reprennent habituellement entre quatre et huit semaines après l'avortement [15]. Deux principales complications peuvent survenir suite à un avortement spontané, soit la rétention du produit de conception et une infection, qui peut même évoluer en syndrome du choc toxique [15]. Lorsque l'avortement est incomplet et qu'il y a une rétention de produits de conception pendant quelques semaines, cela peut entraîner des saignements abondants ou prolongés, des écoulements vaginaux colorés et nauséabonds, des douleurs abdominales plus importantes, de la fièvre et des frissons pendant plus de 24 heures [15]. En cas de syndrome du choc toxique, la douleur sera quant à elle plus faible et la fièvre absente ou légère [15]. Les patientes ressentiront plutôt un malaise généralisé et auront des nausées, des vomissements, des diarrhées, de l'œdème et des symptômes pseudo grippaux. Au niveau hémodynamique, elles présenteront une tachycardie et de l'hypotension [15]. Certaines patientes présentent même des symptômes dépressifs et de deuil tels que la fatigue, la perte d'appétit, la difficulté de concentration et l'insomnie [19].

Grossesse ectopique

Si le diagnostic est une grossesse ectopique, deux options

peuvent être offertes aux patientes. Un traitement médical avec une faible dose de Méthotrexate peut être proposé selon certaines conditions; la trompe de Fallope doit être intacte, l'ovule fécondé doit mesurer moins de 3,5 cm à l'échographie et la patiente doit être stable au plan hémodynamique [6,7]. Ce médicament sert à interrompre le développement des cellules embryonnaires et met ainsi fin à la grossesse [25]. Avec le traitement médical, un suivi de l'hormone bêta-hCG devra également être fait pour s'assurer de l'efficacité du traitement puisqu'une deuxième dose est parfois nécessaire. Bien que le Méthotrexate ne semble pas avoir d'impact sur les grossesses subséquentes, il est préférable d'attendre trois à six mois après son administration avant de retomber enceinte pour limiter le risque de malformation [25].

Ensuite, un traitement chirurgical pourrait également être proposé comme une salpingotomie linéaire par laparoscopie, qui consiste à aller retirer l'ovule fécondé en faisant une petite incision dans la trompe. En dernier recours, si la trompe est rompue, une salpingectomie par laparoscopie sera réalisée [6,7].

Hématome sous-chorionique

Si le diagnostic est un hématome sous-chorionique et que la grossesse est confirmée viable à l'échographie, la littérature ne démontre pas davantage à recommander un repos complet [20,27]. Par contre, les professionnels de la santé recommandent tout de même certaines précautions jusqu'à l'arrêt des saignements [20] :

- Éviter tout sport avec impact;
- Éviter de soulever des charges lourdes;
- Éviter de faire des longues routes en voiture;
- Éviter d'être debout pendant une période prolongée.

Il n'existe aucun traitement pour l'hématome; celui-ci se résorbera normalement par lui-même. Par contre, le médecin pourrait demander un suivi échographique. Les patientes se questionnent également sur la possibilité d'un avortement spontané en cas d'hématome. En effet, plus l'hématome est grand, plus le risque de fausse couche augmente, surtout s'il mesure plus de 25 % du sac gestationnel [28].

Maladie trophoblastique gestationnelle

En cas de découverte d'une maladie trophoblastique gestationnelle, il est nécessaire de procéder à un curetage chirurgical de l'utérus. On peut même procéder à une hystérectomie si la femme est plus âgée et ne désire pas d'autre grossesse [6,7]. Suite au traitement chirurgical, un suivi très étroit est assuré auprès de la patiente vu le risque d'évolution en cancer (choriocarcinome), malgré qu'il soit faible [6]. Ce suivi comporte tout d'abord des contrôles rapprochés de bêta-hCG jusqu'à son retour à la normale [6,7]. Il est également nécessaire d'avoir une contraception efficace durant minimalement six mois ou jusqu'à la normalisation du bêta-hCG pour ne pas confondre ►

une élévation de l'hormone secondaire à une grossesse versus une évolution vers un cancer [7,26]. En effet, si le bêta-hCG augmente en l'absence d'une grossesse, c'est un signe d'évolution vers un choriocarcinome [6,7].

Saignement bénin de la grossesse

Pour ce qui est du saignement bénin de la grossesse, il n'y a pas d'enseignement particulier à faire aux patientes puisqu'il n'y a pas de danger pour la grossesse. Vous pouvez seulement leur faire un rappel sur les causes possibles et faire de la réassurance sur le côté bénin du saignement.

Grossesses subséquentes

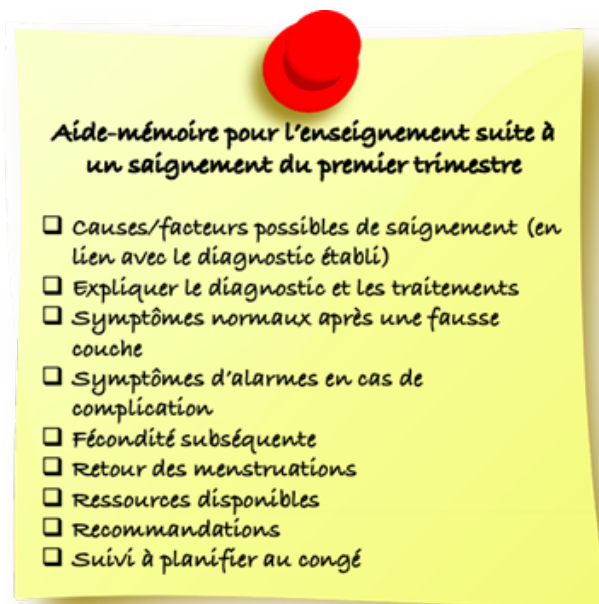
Pour finaliser l'enseignement, l'un des éléments qui préoccupe beaucoup les couples en cas de saignement est l'impact sur les grossesses futures [5]. Pour les fausses couches, il est pertinent de leur expliquer qu'après seulement un ou deux épisodes, cela n'augmente pas nécessairement les risques d'en refaire une autre et que seulement un faible pourcentage de femmes sont atteintes de pathologies pouvant les rendre susceptibles d'en faire à répétition, comme le syndrome des antiphospholipides [6]. D'autres se questionnent sur le meilleur moment pour retomber enceinte. Si l'issue de la grossesse est un avortement spontané, il peut être acceptable de retomber enceinte après deux ou trois semaines, mais cela dépendra du retour des menstruations. La plupart des femmes réussissent à retomber enceintes dans un délai d'un an après l'avortement [15]. Dans un cas de grossesse ectopique, une femme a de trois à huit fois plus de chances que les autres d'en refaire une autre, cependant, la plupart d'entre elles réussiront à avoir une grossesse normale dans le futur [21]. Selon les recommandations du médecin et le type d'intervention, le délai d'attente avant une nouvelle grossesse est variable et peut aller jusqu'à six mois. Dans le cas d'une maladie trophoblastique gestationnelle, la plupart des femmes sont en mesure d'avoir une grossesse normale [29]. Seulement 1 à 9 % des femmes ont une chance de récurrence [26]. Si la patiente a un antécédent de grossesse ectopique ou de maladie trophoblastique gestationnelle, dès qu'une nouvelle grossesse est confirmée avec un test urinaire, il est important qu'elle avise rapidement son médecin pour faire une échographie précoce qui permettra de s'assurer du bon emplacement de l'embryon et/ou d'un développement gestationnel normal [26-30].

Afin de ne rien oublier dans l'enseignement sur les saignements du premier trimestre, un aide-mémoire résumé est disponible en consultation à la **Figure 2**.

SUIVI À PLANIFIER AU CONGÉ

Enfin, la continuité des soins est très importante au congé. Il faut s'assurer que la patiente pourra avoir un rendez-vous de suivi, peu importe l'issue de la grossesse. Que ce soit avec le médecin de l'urgence ou leur médecin de famille, cela leur permettra de faire un suivi de leur santé physique et psychologique, mais également de pouvoir répondre à leurs questions [5].

Figure 2. Aide-mémoire pour l'enseignement suite à un saignement du premier trimestre.



Il est aussi possible d'offrir des ressources de soutien psychologique en cas de non-viabilité de la grossesse. Voici quelques ressources disponibles:

- [Site internet du Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine](#)
- Parents orphelins : [Association québécoise des parents vivants un deuil parental](#)
- Nos petits anges au paradis : [Soutien pour les parents qui vivent un deuil périnatal](#)
- Service psychosocial du CISSS-CIUSSS
- 8-1-1, option 2 (soutien psychologique)
- Centre des pertes reproductives : [Services professionnels de soutien face à la douleur de perdre un enfant](#)
- [Pregnancy and infant loss \(PAIL\) network](#) - en anglais seulement

CONCLUSION

En conclusion, les saignements du premier trimestre peuvent être une expérience pénible et angoissante pour les familles. Tel que présenté dans cet article, les soins prodigués à l'urgence peuvent avoir un impact important sur leur santé psychologique et sur les grossesses suivantes. À ce titre, il est important d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes qui présentent des complications au premier trimestre [9]. C'est par l'amélioration de l'enseignement et du soutien psychologique que la détresse des familles sera moindre et que les professionnels de la santé auront un impact réel sur leur expérience à l'urgence et sur la prise en charge globale. ■

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.



Les auteurs

Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CISSS de la Montérégie-Est



Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

Références

1. Cevik Ates A, Topatan S. The relationship between support systems and anxiety in couples admitted to the emergency department with vaginal bleeding. *Int Emerg Nurs*. 2019;42(6):1-5. DOI: 10.1016/j.ienj.2019.06.004
2. Hasan R, Baird DD, Herring AH, Olshan AF, Jonsson Funk ML, Hartman KE. Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. *Obstetric gynecology*. 2009;114(4): 1-14. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181b79796
3. Strommen J, Massulo L, Crowell T, Moffett P. First-trimester vaginal bleeding: patient expectations when presenting to the emergency department. *Military Medecin*. 2017;182: e1824-e1826. DOI:10.7205/MILMED-D-17-00108
4. Naitre et grandir. Saignements durant la grossesse. 2019. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre1/saignements-durant-grossesse-signal-alarme/>
5. See YCS, Blecher GE, Craig SS, Egerton-Warburton D. Expectations and experience of women presenting to emergency departments with early pregnancy bleeding. *Emerg Med Australas*. 2020;32:281-287. DOI: 10.1111/1742-6723.13403
6. Wieland Ladewig PA., London ML, Davidons MR. Soins infirmiers en périnatalité. 5e éd. Montréal (CA):Pearson ERPI; 2019.
7. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams obstetrics. 25e éd. USA: McGraw-Hill Education; 2018.
8. Department of Medicine School of Medicine Washington University. The Washington manual Obstetrics and gynecology survival guide for PDA. Philadelphia (USA): Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
9. Edwards S, Chapman Y, Birk M. Emergency department management of first trimester bleeding in rural/regional communities: Is there a better way to care. *Women and Birth*. 2013;26(1):S27. DOI: 10.1016/j.wombi.2013.08.177
10. Panches BE, Johnson KD, Gillespie GL, Acquavita SA, Felblinger, DM. A review of the management of loss of pregnancy in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2018;44(2):146-155. DOI: 10.1016/j.jen.2017.11.001
11. MacWilliams K, Hughes J, Aston M, Field S, Wight Moffatt F. Understanding the experience of miscarriage in the emergency department. *J Emerg Nurs*. 2016;42(6):504-502. DOI: 10.1016/j.jen.2016.05.011
12. Baird S, Gagnon MD, DeFiebre G, Briglia E, Crowder R, Prine L. Women's experience with early pregnancy loss in the emergency room: A qualitative study. *BMJ Sex Reprod Health*. 2018;16:113-117. DOI: 10.1016/j.srhc.2018.03.001
13. Rovner P, Stickrath E, Alston M, Lund K. An early pregnancy unit in the United States. *J Ultrasound Med*. 2018;37:1533-1538. DOI: 10.1002/jum.14474
14. Wilson DD, Lahaye S, Prigent E. Examens paracliniques. 2e éd. Montréal (CA): Chenelière Éducation/McGraw-Hill Education. 2014.
15. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. Medical abortion. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(4):380-420. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.04.001
16. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. Évaluation échographique des complications au premier trimestre de grossesse. *J Obstet Gynaecol Can*. 2016;38(10):989-996. DOI: 10.1016/j.jogc.2016.06.002
17. Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine [CHU Ste-Justine]. Allo-immunisation maternelle. Information destinée aux mères RH-. 2010. https://www.chusj.org/getmedia/22ed4500-52a7-4c38-9ebc-d950f367cea8/depliant_F-824_allo-immunisation-maternelle_FR.pdf.aspx?ext=.pdf
18. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada [SOGC]. Prevention of Rh Alloimmunization. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018;40(1):e1-e10. DOI:10.1016/j.jogc.2017.11.007
19. Armsby C, Baron EL, Barss VA, Bloom A, Bond S, Charkrabarti A et al. Patient education: Miscarriage (The basics). 2020. <https://www.uptodate.com/contents/miscarriage-the-basics>
20. Armsby C, Baron EL, Barss VA, Bloom A, Bond S, Charkrabarti A et al. Patient education: Threatened miscarriage (The basics). 2020. <https://www.uptodate.com/contents/threatened-miscarriage-the-basics>
21. Armsby C, Baron EL, Barss VA, Bloom A, Bond S, Charkrabarti A et al. Patient education: Ectopic pregnancy (The basics). 2020. <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-the-basics>
22. Organisation mondiale de la santé (OMS). Clinical practice handbook for safe abortion. 2014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190094/?report=reader>
23. Dragoman M, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy. 2018. <https://www.uptodate.com/contents/misoprostol-as-a-single-agent-for-medical-termination-of-pregnancy>
24. Braaten K, Dutton C. Dilatation and curettage. 2020. <https://www.uptodate.com/contents/dilation-and-curettage>
25. Tulandi T, Shreiber CA. Ectopic pregnancy: methotrexate therapy. 2020. <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy>
26. Berkowitz RS, Horowitz, NS, Goff B. Hydatidiform mole: treatment and follow-up. 2020. <https://www.uptodate.com/contents/hydatidiform-mole-treatment-and-follow-up>
27. Leclerc C, Grégoire J, Rheault C. Mémo-périnatalité : guide pratique. 3e éd. Québec (CA) : Les éditions Cahiers mémos enr. 2016.
28. Prager S, Micks E, Dalton VK. Pregnancy loss (miscarriage): risk factors, etiology, clinical manifestations, and diagnostic evaluation. 2020. <https://www.uptodate.com/contents/pregnancy-loss-miscarriage-risk-factors-etiology-clinical-manifestations-and-diagnostic-evaluation>
29. Vargas R, Barroilhet LM, Esselen K, Diver E, Bernstein M, Goldstein DP et al. Subsequent pregnancy outcomes after complete and partial molar pregnancy, recurrent molar pregnancy, and gestational trophoblastic neoplasia: an update from the New England Trophoblastic Disease Center. *J Reprod Med*. 2014;59(5-6):188-194.
30. Li C, Zhao WH, Zhu Q, Cao SJ, Ping HX et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(187):1-9. DOI:10.1186/s12884-015-0613-1
31. Dulay AT. Avortement spontané (Fausse couche). 2019. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/avortement-spontan%C3%A9>
32. Dulay AT. Grossesse extra-utérine. 2019. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/grossesse-extra-ut%C3%A9rine>
33. Ramirez PT. Maladie trophoblastique gestationnelle. 2019. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/tumeurs-gyn%C3%A9cologiques/maladie-trophoblastique-gestationnelle>

MAINTENANT EN LIGNE

FORMATION EN RÔLE ÉLARGI

**140 HEURES : MÊME CONTENU, MÊME SUPPORT,
MÊME RIGUEUR ET MÊME QUALITÉ**



www.solutionsnursing.ca



PRATIQUE CLINIQUE

Le triage ophtalmologique : l'urgence d'y voir clair !

Un patient qui se présente à l'urgence avec des signes et symptômes liés à un problème d'origine ophtalmique nécessite une évaluation minutieuse et précise de son état de santé. Toutefois, une faible exposition à ces situations peut entraîner un stress pour l'infirmière du triage. Cet article présente des éléments essentiels à connaître pour un triage rigoureux et efficace des urgences ophtalmologiques. À travers le cas clinique de M. Richard Visionnaire, vous apprendrez comment repérer les troubles ophtalmologiques au triage. Ainsi, différents outils vous seront présentés, afin de bien réaliser les différentes étapes d'une évaluation complète au triage et ainsi permettre à l'infirmière de faire face à ces diverses situations.

par Jennifer Boisclair

INTRODUCTION

L'œil est un organe très important pour l'être humain. Une atteinte oculaire peut causer d'importantes répercussions tant au niveau individuel qu'au niveau sociétal. Le diagnostic des troubles ophtalmologiques repose initialement sur les symptômes rapportés par la personne, l'aspect des yeux et sur les résultats des examens. Un triage minutieux est nécessaire afin que les lésions graves soient rapidement prises en charge et que l'on puisse prévenir des séquelles permanentes et potentiellement invalidantes. C'est le rôle de l'infirmière du triage d'attribuer un niveau de priorité à l'aide de l'Échelle de triage de gravité (ÉTG) en fonction de l'évaluation réalisée dès l'arrivée du patient à l'urgence [1]. Toutefois, celle-ci doit être bien outillée pour attribuer la bonne cote de priorité. De plus, le roulement du personnel et le nombre de patients se présentant pour ces raisons de consultations entraînent une sous-exposition du personnel infirmier au triage quant à ces pathologies. Les infirmières du triage ne s'y sentent pas toujours bien préparées et voient cette évaluation comme un défi à relever. Enfin, dans ce contexte, il est primordial pour l'infirmière de bien connaître les différentes structures internes et externes de l'œil ainsi que leur fonctionnement. La connaissance des différentes

pathologies rencontrées fréquemment en salle d'urgence et leurs symptômes peut être un atout lorsque l'infirmière réalise l'évaluation et les différents examens physiques. À travers une étude de cas clinique, la lecture de cet article permettra aux infirmières d'augmenter leurs connaissances en ophtalmologie et leur offrira une méthode standardisée d'évaluation de l'œil.

LE TRIAGE DES URGENCES EN OPHTALMOLOGIE

CAS CLINIQUE

Vous êtes infirmière au triage et vous revenez de votre dîner. Il est présentement 13 h. Monsieur Richard Visionnaire, 62 ans, se présente au triage accompagné de son collègue de travail. Celui-ci vous mentionne que lorsqu'ils ont déménagé le réfrigérateur, une des attaches métalliques qui supportaient l'électroménager s'est brisée et est venue frapper violemment l'œil droit de M. Visionnaire. Il a été décidé de l'amener rapidement à l'urgence. Le patient gémit de douleur en mettant ses mains sur l'œil atteint.

Selon vous, quelle sera sa cote de priorité au triage et quelle sera l'orientation du patient dans la salle d'urgence ?

Avant de répondre à ces questions, regardons de plus près les différentes étapes du triage à l'urgence. Selon les lignes directrices du triage, l'évaluation complète du patient vise de façon prioritaire à attribuer un niveau de priorité selon l'ÉTG. L'évaluation réalisée par l'infirmière doit être individualisée en fonction de l'état du patient [1]. Ainsi, cette évaluation devrait comprendre les six éléments suivants : 1) la raison de consultation ; 2) les données subjectives liées à la raison de la consultation ; 3) les données objectives liées à la raison de la consultation ; 4) les allergies et les antécédents ; 5) la médication en lien avec la raison de consultation ; 6) l'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation [1]. De plus, selon les lignes directrices du triage, ces étapes devraient être effectuées approximativement en cinq minutes [1]. Le triage d'un problème d'origine ophtalmique est donc un défi à relever pour les infirmières du triage!

1. Déterminer la raison de consultation

La première étape est de demander au patient la raison pour laquelle il consulte à l'urgence. Ainsi, il sera plus facile de cibler les éléments à questionner auprès de celui-ci. Les raisons de consultation les plus fréquentes au triage chez les clientèles adulte et pédiatrique sont présentées à la **Figure 1**.

Figure 1. Raisons de consultation les plus fréquentes à l'urgence en lien avec l'ophtalmologie chez la clientèle adulte et pédiatrique.

OPHTALMOLOGIE	
Exposition de l'oeil à un produit chimique	Photophobie
Corps étranger oculaire	Diplopie
Problème de vision	Oedème périorbitaire
Douleur oculaire	Traumatisme oculaire
Écoulement/rougeur oculaire	Réévaluation oculaire

Source : TORV 2008, version 01.07, Codes du Québec.

2. Les données subjectives liées à la raison de la consultation

Après avoir questionné le patient sur la raison de sa consultation à l'urgence, il est important de collecter les données subjectives en lien avec la raison de consultation [1]. Pour ce faire, les outils mnémotechniques PQRSTU et AMPLE seront utilisés pour structurer le questionnaire d'évaluation [4] :

P : provoquer/pallier;
 Q : qualité/quantité;
 R : région/irradiation;
 S : signes et symptômes associés;
 T : temps;
 U : understanding/perception ou la compréhension du patient.

A : allergie;
 M : médication;
 P : passé ou antécédents;
 L : last meal/dernier repas;
 E : événements, environnement, histoire familiale et psychosociale

L'AMPLE est important à réaliser lors de l'évaluation d'une problématique ophtalmique au triage, car de nombreuses maladies peuvent être associées à des problèmes oculaires [2]. Notons, par exemple, les patients connus pour de l'hypertension artérielle. Ceux-ci peuvent développer à long terme des atteintes vasculaires du fond de l'œil qui peuvent se manifester par des troubles de vision [2]. Parallèlement, les éléments tels que la présence de troubles visuels, de douleur, de rougeur, d'œdème, de larmolement, d'écoulements, les antécédents de problèmes oculaires et l'utilisation de verres correcteurs doivent être questionnés.

Certaines questions sont essentielles à demander au patient afin de recueillir les informations pertinentes pour l'attribution de la cote de priorité [3]. Ces questions sont les suivantes :

• Est-ce que le trouble visuel est uni ou bilatéral ?

Un trouble présent dans un seul œil est généralement d'un niveau d'urgence plus élevé qu'un trouble présent dans les deux yeux [3].

• Est-ce que la vision est embrouillée ?

Le patient diabétique peut subir des fluctuations au niveau de sa vision. Un contrôle de la glycémie capillaire est un test facile et accessible à faire au triage afin de noter si la modification de la vision correspond aux changements de la glycémie [4]. De plus, en général, l'hyperglycémie affecte la vision de loin, tandis que l'hypoglycémie peut amener une vision embrouillée.

• Est-ce qu'il y a une vision diminuée de proche et/ou de loin ?

En complément à cette question, il est important d'évaluer le port de verres correcteurs et la dernière ordonnance de ces verres [2].



- **Est-ce qu'il y a présence d'une perte de vision périphérique, de taches ou un voile dans le champ périphérique ?**

Les atteintes au niveau de la vision périphérique peuvent survenir dans les cas de glaucome, de pathologie de la rétine, du nerf optique et des voies visuelles [4].

- **Est-ce que la perte de vision a été progressive ou subite ?**

La perte de vision progressive et non douloureuse, de quelques semaines à quelques années, suggère une problématique moins urgente, comme une cataracte. La perte de vision transitoire, soit d'une durée d'environ une heure et qui revient à la normale en 24 heures, pourrait indiquer soit un papilloedème (bilatéral et de durée de quelques secondes), une amaurose fugace (unilatérale et de durée de quelques minutes) ou une migraine (de durée de dix à soixante minutes). La perte de vision d'une durée de plus de 24 heures, subite et non douloureuse, peut faire référence soit à une thrombose artérielle ou veineuse de la rétine, une neuropathie optique ischémique, une hémorragie du vitré ou un décollement de la rétine. Quant à elle, la perte de vision d'une durée de plus de 24 heures, subite et douloureuse, peut faire penser à un glaucome aigu à angle fermé, une névrite optique, une uvéite ou une endophtalmie [2]. Enfin, la perte de vision post-traumatique peut survenir suite à un trauma qui a atteint les paupières, la cornée, le globe oculaire, etc. [2].

En somme, lors de la collecte des données subjectives, la description de la douleur ressentie par le patient déterminera l'urgence de la situation. Si la douleur est d'intensité élevée, constante, récente et sous forme d'élancement, une évaluation médicale rapide est à prioriser. Par exemple, une douleur oculaire accompagnée d'une céphalée temporale pourrait être une artérite temporale comme l'un des diagnostics différentiels auxquels l'équipe de soins doit penser. Une prise en charge médicale urgente est requise dans cette situation [5]. Par contre, si la douleur est occasionnelle, présente depuis longtemps

et sous forme de démangeaison, une évaluation médicale prioritaire n'est pas indiquée [3].

3. Les données objectives liées à la raison de la consultation

La prochaine étape de l'évaluation de l'infirmière au triage est liée à la collecte des données objectives [1]. Cette étape inclut la prise des signes vitaux complets, l'inspection des structures oculaires externes, des structures du globe oculaire, de la fonction des muscles extraoculaires, les examens oculovisuels et les examens des champs visuels [4]. Il est important d'effectuer un examen physique ciblé en fonction de la raison de consultation, afin d'éviter la perte de temps liée aux examens et aux inspections qui ne sont pas nécessaires selon les signes et symptômes du patient qui s'y présente. Par exemple, comme mentionné plus haut, dans certaines situations, la glycémie capillaire est pertinente à contrôler afin de déceler la présence d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.

L'acuité visuelle

La mesure de l'acuité visuelle des deux yeux devrait être effectuée pour toutes les problématiques ophtalmiques [5]. Parmi les différentes échelles disponibles pour évaluer l'acuité visuelle de loin, la plus souvent employée dans les urgences générales est l'échelle de Snellen [4]. Cette évaluation devrait être faite avant l'examen physique de l'œil, car celui-ci augmente la vision floue et diminue l'acuité visuelle [5]. L'importance d'obtenir cette mesure dès l'arrivée du patient pourra permettre aux cliniciens de suivre l'évolution et ainsi prévenir les complications. De plus, elle orientera le médecin sur le diagnostic et le type d'atteinte oculaire présente. Les brûlures oculaires sont les seules situations où l'acuité visuelle ne sera pas exécutée en priorité [6]. Dans ces situations, la priorité est liée au traitement. Ainsi, lorsque celui-ci sera débuté et que le patient y sera disposé, une mesure de l'acuité visuelle devra être effectuée dans les plus brefs délais. L'utilisation de gouttes ophtalmiques anesthésiques peut aussi être utilisée avant l'exécution de l'examen visuel et physique pour soulager le patient souffrant [6].

« La mesure de l'acuité visuelle des deux yeux devrait être effectuée pour toutes les problématiques ophtalmiques. »

Les réflexes pupillaires et des pupilles

L'évaluation des réflexes pupillaires et des pupilles en ophtalmologie permet d'éliminer des affections oculaires intrinsèques, les atteintes du nerf optique et différentes pathologies d'origine toxique, traumatique, infectieuse et vasculaire [7]. La réponse normale pour toutes les observations de cette évaluation devrait être décrite avec l'outil mnémotechnique PERRLA [4] :

- P : pupilles
- E : égales;
- R : rondes;
- R : réactives;
- L : lumière;
- A : accommodation.

Les corps flottants

Il faut également questionner le patient s'il voit des corps flottants qui sont définis comme des points gris ou transparents qui bougent au mouvement oculaire [7]. Ils apparaissent dans la vision lorsqu'on porte le regard sur un fond pâle et éclairé [7]. Si les corps flottants ne sont pas associés à des éclairs lumineux et qu'ils sont présents depuis longtemps, il pourrait s'agir d'un décollement du vitré ou de débris dans le vitré. La situation n'est pas si urgente [2]. Les corps flottants sont fréquents dans la myopie ou après l'âge de 45-50 ans et sont causés par la dégénérescence du vitré [4]. Si les corps flottants sont associés à des éclairs lumineux d'une apparition récente et suivie d'une baisse de l'acuité visuelle ceci fait presque toujours référence à une déchirure rétinienne, un décollement de la rétine ou d'un décollement du vitré [7]. Il sera alors important de faire voir le patient par le médecin rapidement, car il pourrait avoir une atteinte maculaire [2].

Les éclairs lumineux

L'apparition soudaine d'éclairs lumineux (flash) ou de multiples points noirs peut indiquer une traction de la rétine par le vitré. Le décollement du vitré est un phénomène normal de vieillissement [4]. La migraine ophtalmique est souvent accompagnée de ces éclairs. Elle peut aussi être accompagnée de nausées, vomissements, changement d'humeur, fatigue, photophobie ou une phonophobie [8].

4. Les allergies et les antécédents

Sur le plan des antécédents, il importe d'évaluer s'il s'agit d'un épisode primaire ou récidivant. De plus, il est important de déterminer s'il y a eu une chirurgie dans l'œil affecté ou les yeux affectés. Les chirurgies oculaires peuvent, comme complication postopératoire, faire augmenter la pression intraoculaire (PIO) [4]. Un autre exemple est en postopératoire de chirurgie de cataracte, si une baisse de vision très rapide avec une apparition de rougeur et douleur importante augmentant graduellement sont manifestées par le patient, celui-ci doit être rapidement pris en charge au niveau médical [3].

5. La médication en lien avec la raison de consultation

Comme pour tous autres types de raison de consultation au triage, il est important de questionner sur la prise de médication récente prescrite et en vente libre. Certains médicaments peuvent occasionner des effets secondaires au niveau visuel; par exemple, la prednisone peut occasionner à long terme des cataractes et faire augmenter la PIO [4].

6. L'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation

Une prise en charge médicale est urgente dans le cas d'un patient se présentant au triage avec un traumatisme oculaire, périorbitaire ou crânien avec des éclairs lumineux, de nouveaux corps flottants et une perte de champ visuel. Cette présentation peut être un décollement ou une déchirure de la rétine [2].

LE TRIAGE COMPLET DE M. VISIONNAIRE

1. Raison de consultation : Trauma oculaire

2. Les données subjectives liées à la raison de la consultation ;

- Provoqué/pallié : Il a reçu une attache métallique qui s'est brisée de la sangle élastique de déménagement qui était sous tension. Il n'a pas tenté de soulager la douleur avec de la médication ou de la glace.
- Qualité/Quantité : Il évalue sa douleur à l'œil droit à 8/10, sous forme de coup de poignard. Il est incapable d'ouvrir l'œil.
- Région/irradiation : La douleur est à l'intérieur de l'œil droit sans irradiation.
- Signes et symptômes associés : Il présente un saignement actif de la paupière supérieure droite. Selon un témoin, il a perdu conscience lors de l'accident. Il a de la difficulté à répondre aux questions et à ouvrir l'œil. Ainsi, il est impossible de faire l'examen d'acuité visuelle et l'évaluation des réflexes pupillaires et des pupilles. Il est donc impossible de déterminer s'il y a présence de corps flottants et d'éclairs lumineux.
- Temps : L'accident est survenu vers 12 h 30. La douleur est constante depuis.

Notes complémentaires : L'évaluation est complexe puisque le patient est très agité et ne se sent pas bien.

3. Les données objectives liées à la raison de la consultation

Signes vitaux : Tension artérielle : 150/65, Pouls : 105 battements/minute régulier, Respiration : 24/minute, Température buccale : 36,8 C°.

- Signes neurologiques : Échelle de Glasgow : 15/15
- Acuité visuelle : impossible à évaluer ;
- Réflexes pupillaires et pupilles :
 - Œil droit : impossible à évaluer ;
 - Œil gauche : PERRLA.

4. Les allergies et les antécédents

- Antécédents : Asthme et dyslipidémie.
- Allergies : Aucune.
- Antécédents : N'a jamais eu de problème ophtalmique.

5. La médication en lien avec la raison de consultation

- Médication : Salbutamol 100 µg 1 inhalation QID PRN et Atorvastatine 10mg ID.

6. L'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation

Accident de travail survenu au domicile du client lorsqu'il déménageait.

Dans cette situation, la condition du patient représente une menace pour sa vie donc l'infirmière au triage lui a accordé une priorité de niveau 2 (**Figure 2**). Puis, le patient a été orienté vers l'aire de choc étant donné le risque de saignement cérébral et le risque de perte de l'œil [9].

Figure 2. Niveaux de priorité

TRAUMATISME OCULAIRE

2	EDC, TC, MdB
2	Blessure pénétrante, produit chimique ou brûlure thermique directe
2	Non pénétrante avec perte visuelle
2	Changement sévère ou brusque de la vision
2	Une incapacité de l'infirmière de pouvoir accéder à l'œil
3	EDC, TC, MdB
4	Douleur légère. centrale aiguë (< 4)

Après la visite médicale, le patient a subi une tomodynamométrie cérébrale et orbitaire pour visualiser l'état de la situation. Une rupture du globe oculaire droit et un saignement intraoculaire secondaire ont été confirmés. L'examen a montré l'absence de fracture et de saignement cérébral. Le patient a donc été vu par l'ophtalmologiste et a quitté l'urgence pour le bloc opératoire.

Un total de deux heures se sont écoulées entre son arrivée au triage et son départ pour la salle d'opération.

CONCLUSION

Le triage des urgences en ophtalmologie se doit d'être complet et précis, car certaines pathologies nécessitent une prise en charge médicale urgente. Les troubles visuels peuvent être la pointe de l'iceberg. Comme les yeux sont situés près de régions vitales, tel que l'espace intracrânien, un trauma oculaire peut nécessiter une prise en charge médicale immédiate. L'infirmière qui connaît davantage l'anatomie de l'œil et les présentations habituelles des pathologies ophtalmiques sera davantage apte et confortable à prioriser et orienter le patient. L'infirmière au triage a donc un rôle primordial à jouer dans la prise en charge de ces patients. ■

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Catherine Poulin et Nathalie Cloutier pour la rétroaction et les commentaires apportés lors de l'élaboration de ce manuscrit.



L'auteure

Jennifer Boisclair, inf., B. Sc. Inf., CSU.

Conseillère en soins infirmiers

Secteur des urgences, CHU de Québec —

Université Laval

Direction des soins infirmiers

RÉFÉRENCES

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] et Collège des médecins du Québec [CMQ]. Triage à l'urgence : Les lignes directrices, 2e édition, 40 p. Montréal, Canada : OIIQ et CMQ; 2019.
2. Dubé Y, Trottier P, Letarte L, Black DO, Byrns K, Morency J. Les urgences ophtalmologiques. Le médecin du Québec. 2007; 42 [8] : 19-59.
3. Centre Universitaire d'ophtalmologie [CUO]. Comment gérer les appels des patients, Direction des soins infirmiers [DSI]. Québec, Canada : CHU de Québec Université Laval; 2010.
4. Jarvis C. L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Montréal, Canada : Chenelière Éducation; 2015. p. 346-389.
5. Fultz J, Strutt PA. Emergency nursing reference. Chapitre 12, 3. Ed. Saint-Louis, Missouri : Mosby Elsevier; 2005. p. 416-455.
6. Newberry L, Cridle L M. Sheehy's Manual of Emergency Care—Emergency Nurses Association. Chapitre 33, 6. Éd. Saint-Louis, Missouri : Emergency Nurses Association. p. 571-583.
7. Catalano RA. Les urgences ophtalmologiques. Paris, France : Médecine — Science Flammarion; 1992.
8. Bagheri N, Wajda BN, Calvo CM, Durrani AK, Friedberg MA, Rapuano CJ. The Wills Eyes Manual. 7e Ed. Philadelphie, Pennsylvanie : Wolters Kluwer; 2017.
9. CHU de Québec-Université Laval. Les Critères Orientation des Patients à l'urgence [COP]; les bons soins, pour le bon patient, au bon moment [V30], Comité de gestion médico-nursing des urgences du CHU, 2014.

L'OUTAOUAIS, UN MONDE À DÉCOUVRIR!

Vous recherchez des défis stimulants?

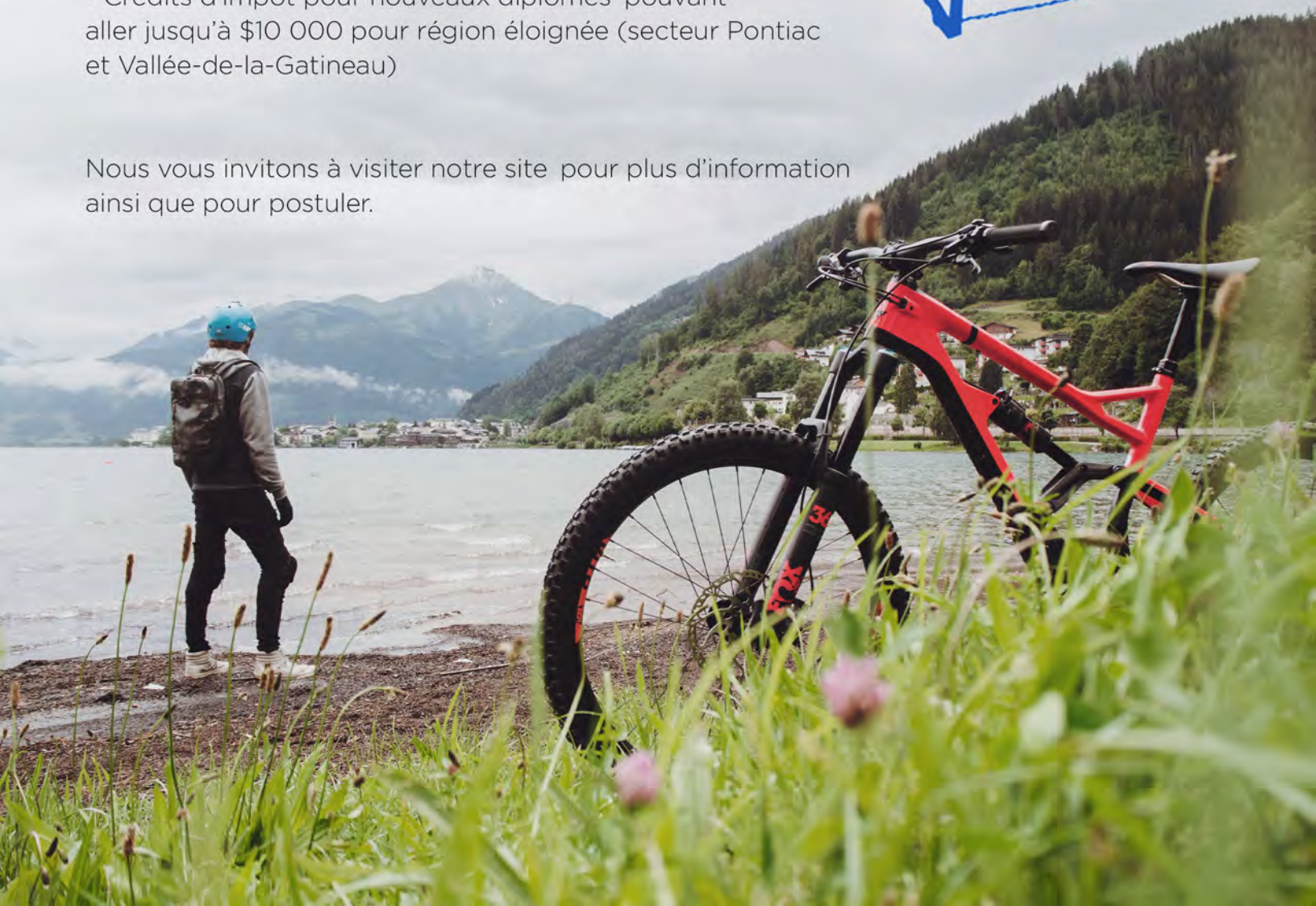
Vous aimeriez habiter une région mariant milieu urbain et d'un vaste territoire parsemé de parcs, lacs et rivières. Nous avons plusieurs postes permanents à vous offrir dans nos différentes salles d'urgence.

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

- Prime de soir rehaussée à 12% (au lieu de 4%)
- Prime de nuit à 14% (ailleurs 11%)
- Prime de soins critiques de 12%
- Possibilité de quart de travail de 12 heures bonifié de 7%
- Crédits d'impôt pour nouveaux diplômés pouvant aller jusqu'à \$10 000 pour région éloignée (secteur Pontiac et Vallée-de-la-Gatineau)



Nous vous invitons à visiter notre site pour plus d'information ainsi que pour postuler.





PERSPECTIVE

Le rôle de l’infirmière praticienne spécialisée à l’urgence

En 2017, le gouvernement du Québec s’est engagé à améliorer l’accès aux soins et aux services de santé à l’ensemble de la population. Pour ce faire, il a déclaré qu’il allait créer 2 000 postes d’infirmières praticiennes spécialisées (IPS) d’ici 2024-2025 [1]. Des changements importants ont eu lieu dans les programmes universitaires d’IPS en 2017 afin de revoir les différentes classes de spécialités. De plus en plus d’IPS sont formées dans les universités et rejoignent graduellement les milieux cliniques. D’ailleurs, plusieurs changements dans les programmes universitaires ont eu lieu au même moment afin d’augmenter cette offre de services. C’est pourquoi la présence des IPS dans les urgences sera de plus en plus fréquente dans les années à venir.

par Nathalie Amiot, Jessie Carrier et Claudie Roussy

QU’EST-CE QU’UNE IPS?

Tout d’abord, une IPS est une infirmière certifiée avec une expérience clinique dans son domaine de soins. Elle possède une formation de deuxième cycle universitaire en pratique infirmière avancée et médicale lui permettant d’évaluer l’état de santé d’une personne de façon globale et approfondie, d’émettre des impressions diagnostiques et d’effectuer les cinq activités médicales suivantes [2] :

- prescrire des examens diagnostiques;
- utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- prescrire des médicaments et d’autres substances;
- prescrire des traitements médicaux;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Toutes les IPS pratiquent en collaboration avec un ou des médecins partenaires, et ce, dans le but de favoriser l’accès aux soins et l’expérience de santé de la personne. Leurs responsabilités sont à la fois distinctes et partagées avec celles des médecins ([voir Tableau 1](#)).

SITUATION DANS LES URGENCES

Avec plus de 3,4 millions de visites annuellement à travers la province du Québec, le service des urgences est un des endroits les plus achalandés du système de santé québécois [3]. De ces visites, un peu plus de 60 % sont des priorités 4 ou 5 sur l’échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) et cela peut augmenter à 80 % dans les hôpitaux ruraux qui ne possèdent pas de lits d’hospitalisation [3]. D’ailleurs, jusqu’à 17 % des patients quittent avant d’avoir vu un médecin, ce qui accentue la mortalité et la morbidité des patients [3]. Dans la plupart des cas, cette clientèle aurait pu être évaluée par d’autres services de santé primaire [3]. À cet égard, un projet pilote de réorientation clinique a été effectué au CIUSSS du Nord-de-l’île-de-Montréal et a permis de démontrer que la réorientation est efficace pour diminuer le temps d’attente des patients, ainsi que le nombre de patients quittant avant prise en charge médicale [4]. Par contre, jusqu’à 30 % des patients refusaient la réorientation, et ce, pour de multiples raisons, dont le déplacement que cela engendrait, l’attente et les coûts associés soit au stationnement et aux possibles frais à la clinique [4].

Tableau 1. Responsabilités de l'IPS et du médecin.

	Infirmière praticienne spécialisée	Médecin
Rôle	- Effectuer une évaluation avancée de l'état de santé; - Émettre des hypothèses et des impressions cliniques; - Identifier des interventions thérapeutiques appropriées.	- Effectuer une évaluation médicale; - Déterminer le diagnostic et les diagnostics différentiels; - Émettre le plan de traitement médical.
Responsabilités spécifiques	- L'IPS doit discuter avec le médecin lorsque la situation clinique le nécessite, soit lorsque : - les soins dont le patient requiert dépassent ses compétences ou son domaine de soins; - l'état de santé du patient s'est détérioré et que le suivi devient difficile à assurer; - le patient ne répond pas au traitement habituel.	- Surveillance générale des activités médicales de l'IPS; - Le médecin doit être disponible pour intervenir lorsque l'IPS en fait la demande.

Source : [2]

De même, le temps d'attente dans les urgences du Québec est un problème connu depuis de nombreuses années. Alors que le temps d'attente médian avant de voir un médecin à l'urgence au Canada se situe à 3,2 heures, il augmente à 4,6 heures au Québec faisant de la province la dernière au classement [5]. Plusieurs éléments peuvent expliquer ces délais, dont le manque d'accès aux soins de première ligne, l'absence de plateau technique dans certains milieux de première ligne, la difficulté d'augmenter le nombre d'urgentologues en cas d'achalandage important ainsi que l'accès parfois limité aux médecins spécialistes [3]. Afin d'améliorer les délais de prise en charge, une des suggestions du commissaire de la santé et du bien-être est d'augmenter l'accès aux services en passant notamment par l'expertise infirmière, dont celle des IPS [3].

CHANGEMENTS DE CLASSES DE SPÉCIALITÉ DES IPS

Depuis la réforme de 2017, deux nouvelles classes d'IPS ont vu le jour, soit les IPS en santé mentale (IPSSM) et les IPS en soins pédiatriques (IPSSP). Les IPS qui travaillaient en deuxième et troisième ligne étaient auparavant affectées uniquement à la néonatalogie, la cardiologie et la néphrologie. Le programme de la néonatalogie est resté identique, tandis que ceux de la cardiologie et de la néphrologie ont été modifiés afin d'élargir le champ de pratique de ces IPS. Actuellement, ces nouvelles IPS sont maintenant certifiées en soins aux adultes (IPSSA). Tout comme les soins pédiatriques, les IPS en soins aux adultes travaillent dans différents domaines de soins tels que la pneumologie, les neurosciences, la cardiologie, la néphrologie, l'hémo-oncologie, la médecine interne voire même dans certains domaines chirurgicaux. Du côté du programme visant à former des IPS en première ligne (IPSPL), une formation aux

aînés a été ajoutée au cursus.

Selon les lignes directrices [6-10], toutes les IPS peuvent pratiquer à certains niveaux à l'urgence, mais ce milieu ne peut pas être leur unique lieu de pratique [6]. La contribution potentielle des IPS à l'urgence varie d'une classe de spécialité à l'autre selon leurs lignes directrices [6-10] (**Tableau 2**). Par exemple, les IPS en soins de première ligne (IPSPL) peuvent pratiquer dans le secteur ambulatoire de l'urgence. Par leur formation, elles sont en mesure de prendre en charge de façon autonome des problèmes de santé courants tels que des otites, des cystites, des fractures, des saignements vaginaux du premier trimestre, des lacérations, des symptômes d'allure grippaux, etc. Elles peuvent également procéder à des techniques diagnostiques invasives telles que des

examens gynécologiques et effectuer des traitements médicaux invasifs comme un drainage d'abcès ou des points de suture [7]. Elles peuvent également avoir des cliniques de relance où elles peuvent revoir des patients nécessitant un suivi rapproché suite à la prescription d'antibiotiques, par exemple.

Les IPS en soins aux adultes, en soins pédiatriques, en santé mentale et en néonatalogie peuvent répondre aux demandes de consultation au même titre que les spécialistes, et ce, tout en respectant leur domaine d'expertise. Par exemple, une IPS qui travaille en pneumologie peut seulement réaliser une consultation qui concerne la pneumologie. L'IPS peut également évaluer un patient correspondant à son domaine de soins qui se trouve dans une unité connexe à l'urgence comme les unités d'hospitalisation brève et les unités de débordement de l'urgence. Elle peut également effectuer des techniques diagnostiques et des traitements médicaux invasifs selon son domaine de soins et si cela concorde avec la pratique de son médecin partenaire. Voici donc quelques exemples :

- Une IPS qui pratique en cardiologie ou en cardiologie pédiatrique peut procéder à une cardioversion électrique;
- Une IPS en pneumologie ou en pneumologie pédiatrique peut installer un drain thoracique ou faire un gaz artériel;
- Une IPS en néonatalogie peut installer une ligne artérielle ou encore procéder à l'intubation du nourrisson.

Les exemples mentionnés ci-haut ne sont pas spécifiques ni réservés aux domaines de soins, ils sont seulement utilisés à titre d'exemple. D'ailleurs, il est important de mentionner que ►

Tableau 2. Contribution des IPS à l'urgence

Classe de spécialité	Contribution potentielle	Lignes directrices
IPSPL	Prise en charge autonome des patients se présentant avec des problèmes de santé courants (comme à l'aire ambulatoire).	Obligation d'avoir un médecin sur place.
IPSSA IPSSP	- Répondre aux consultations dans leur domaine de pratique à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation brève (UHB); - Accueil clinique dans leur domaine de pratique.	- Un diagnostic provisoire doit avoir été établi par un médecin sur la demande de consultation; - Les modalités de collaboration avec un médecin partenaire quant à la précision du diagnostic final devront être respectées.
IPSNN	Répondre aux consultations dans leur domaine de pratique.	
IPSSM	- Répondre aux consultations dans leur domaine de pratique. - Accueil clinique.	

Source : [7], [8], [9], [10] et [11]

l'IPS peut procéder à un geste invasif seulement lorsque les trois conditions suivantes sont répondues : 1) geste requis par l'état de santé de la personne, 2) l'IPS possède les formations et les compétences nécessaires pour procéder à l'intervention et 3) l'IPS est en mesure de prendre en charge les complications potentielles [7-10].

Malgré le fait que le milieu de l'urgence ne peut être le seul lieu de pratique des IPS au Québec, il a été démontré dans plusieurs pays (p. ex., États-Unis) et dans d'autres provinces au Canada, que leur présence à l'urgence comporte de nombreux avantages autant pour les patients que pour l'équipe de soins. Bien que la législation soit plus souple à l'égard des IPS dans d'autres milieux, plusieurs études [12-15] ont démontré que l'IPS permet de libérer les urgentologues afin de gérer les cas nécessitant des soins complexes, d'améliorer le délai de prise en charge, de diminuer le temps de séjour des patients, ainsi que de réduire le nombre de patients quittant avant prise en charge médicale, ce qui a pour effet d'améliorer la satisfaction globale des patients. Enfin, par sa formation en pratique infirmière avancée, l'IPS est également amenée à travailler en interdisciplinarité et à être un modèle de rôle pour les infirmières d'urgence en termes d'évaluation, d'enseignement à la clientèle et d'utilisation des données probantes par le transfert de ses connaissances.

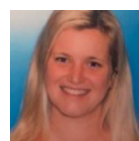
CONCLUSION

Le rôle des IPS a considérablement évolué dans les dernières années et continuera certainement dans cette voie surtout avec l'adoption du projet de loi 43 « Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé ». Le projet de loi, adopté par le Gouvernement du Québec le 18 mars 2020, entrera

en vigueur prochainement par décret. Ce projet de loi vise l'autonomie des IPS et leur permettra notamment de poser un diagnostic, ce qui n'est pas le cas actuellement [16, 17]. Suite à ce projet de loi, des modifications aux lignes directrices et aux règlements sur les IPS sont à prévoir. Les IPS ont une valeur ajoutée aux équipes de soins, dont celles de l'urgence. Lorsque la loi entrera en vigueur, cela permettra d'optimiser la pratique et le rôle des IPS en reconnaissant et en valorisant leur expertise et leurs compétences de façon à améliorer l'accès aux soins et aux services de santé en première, deuxième et troisième ligne. ■

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.



Les auteures

Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)



Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CISSS de la Montérégie-Est



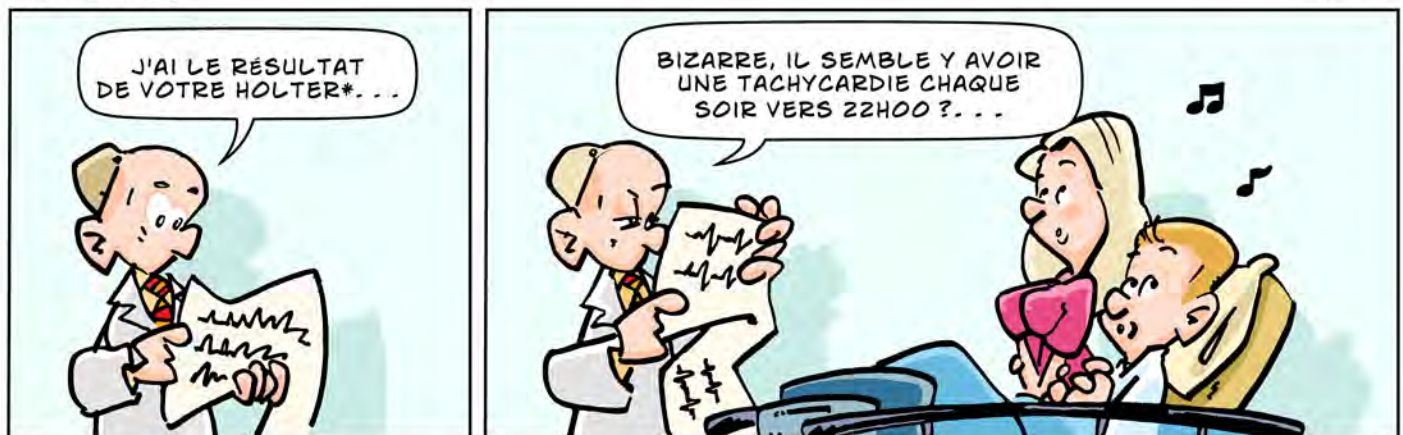
Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Institut de Cardiologie de Montréal

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Formation de 2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2017. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/salle-de-presse/Fiche_technique_IPS.pdf
2. [Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Infirmière praticienne spécialisée. 2019. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips>
3. Gouvernement du Québec. Apprendre des meilleurs : étude comparative des urgences du Québec. 2016. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2016.pdf
4. Messier, A. La réorientation des P4-P5: un projet qui fait ses preuves à Montréal !. Congrès 2017 des services de première ligne. 2017. <https://studylibfr.com/doc/1875898/3-s-la-r%C3%A9orientation-des-p4-p5---un-projet-pilote-qui-fai...>
5. Canadian Institute for Health Information. NACRS Emergency department visits and length of stay by province/territory, 2018–2019. Ottawa (ON); (2019). <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports>
6. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Encadrement de la pratique des IPS. 2019. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/encadrement-de-la-pratique-des-ips>
7. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2505-lignes-directrices-IPSP-web.pdf/e6877f7b-ab24-e4f1-3003-3dc6d738a410>
8. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2507-lignes-directrices-IPSA-web.pdf/5b71e9d0-932d-3102-f3c0-ad3b65f95ac6>
9. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2509-lignes-directrices-IPSP-web.pdf/1005ba14-4941-495c-7216-ab304909f5ac>
10. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie : Lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2508-lignes-directrices-IPSN-web.pdf/34413617-e037-6098-0168-882dd8339f09>
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : Lignes directrices. (2019). <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2506-lignes-directrices-IPSSM-web.pdf/3e133ff-d9fa-dd1a-8b3e-ea1387cad37a>
12. Carter AJE, Chochinov AH. A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. CJEM. 2007; 9(4), 286-295. DOI 10.1017/s1481803500015189
13. Ducharme J, Alder RJ, Pelletier C, Murray D, Tepper J. The impact on patient flow after the integration of nurse practitioners and physician assistants in 6 Ontario emergency departments. CJEM. 2009; 11(5), 455-461. DOI: 10.1017/s1481803500011659
14. Steiner IP, Nichols DN, Blitz S, Tapper L, Stagg AP, Sharma L, Policchio C. Impact of a nurse practitioner on patient care in a Canadian emergency department. CJEM. 2009; 11(3), 207-214.
15. Wilson A, Shifaza F. An evaluation of the effectiveness and acceptability of nurse practitioners in an adult emergency department. Int J Nurs Pract. 2008 ; 14(2), 149-156. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2008.00678.x
16. Assemblée nationale du Québec. Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2019. <http://m.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-43-42-1.html>
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. IPS : adoption du projet de loi no 43.2020. https://www.oiiq.org/ips-adoption-du-projet-de-loi-no-43?fbclid=IwAR19YCODG-GXPDUAIU7RHRVeu4-P_OptXEdkx3PEDB8Ys8WMECoVtQ-iU#:~:text=Montr%C3%A9a%2C%20le%2018%20mars%202020,service%20de%20sant%C3%A9%2C%20dont%20

TACHYCARDIE



*HOLTER = ENREGISTREMENT SUR 24H DU RYTHME CARDIAQUE



Saviez-vous que derrière le pseudonyme de Stat se trouvent deux professionnels de la santé?

Yves Lessard (à droite) est infirmier clinicien au CISSS de Chaudières-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis et François Paquet (à gauche) est médecin spécialiste en médecine d'urgence également au CISSS de Chaudières-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis.

À la recherche d'une expérience
enrichissante ?

VIVEZ L'EXPÉRIENCE DU RÔLE ÉLARGI !

Incertain(e) ?

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



Pour en savoir plus
www.solutionsnursing.ca

RÉPONSES DU VRAI OU FAUX : les soins d'urgence et l'oncologie

1. **La prise de la température axillaire et de la température rectale est une pratique adéquate chez un URTCC - Réponse : Faux.**

La température axillaire est peu fiable pour détecter une fièvre chez un URTCC [4]. Quant à la prise de la température rectale, bien que fiable, elle peut créer des saignements ou des lésions et ainsi permettre l'entrée de microorganismes chez l'URTCC [5]. Par conséquent, celle-ci devrait être évitée. La prise de la température orale est à privilégier [4].

2. **Il est nécessaire qu'un URTCC présente une fièvre, soit une température buccale $\geq 38,3$ °C ou une température à 38,0 °C, pendant une heure afin de suspecter une infection - Réponse : Faux.**

Chez les URTCC, certains signes et symptômes (p. ex., une douleur périanale ou abdominale) peuvent être liés à une infection active [4]. De plus, certains URTCC peuvent recevoir des corticostéroïdes ce qui peut donc masquer un état fébrile [4].

3. **La chimiothérapie est considérée comme un médicament dangereux puisqu'elle entraîne des risques pour les usagers qui la reçoivent - Réponse : Faux.**

La chimiothérapie est considérée comme un médicament dangereux puisqu'elle comporte certes des risques, mais plutôt pour les travailleurs qui peuvent potentiellement entrer en contact avec celle-ci (p. ex., contact direct et indirect avec les déchets et les liquides biologiques de l'utilisateur qui en reçoit). En effet, la chimiothérapie peut être cancérogène et tératogène (c'est-à-dire provoquer des malformations fœtales). Elle peut également provoquer des mutations génétiques, induire l'infertilité, les fausses couches, la mort fœtale ou provoquer une nécrose des tissus exposés [3, 6].

4. **Suite au retrait des équipements de protection individuels (ÉPI), vous devez procéder à l'hygiène de vos mains avec une solution hydroalcoolique - Réponse : Faux.**

Les solutions hydroalcooliques ne permettent pas de détruire les résidus de molécules de chimiothérapie. Il est nécessaire de procéder à l'hygiène des mains exclusivement avec de l'eau et du savon, et ce, après le retrait de l'ÉPI [3, 7].

5. **Le mot « CYTOTOXIQUE » indique que le médicament est toxique pour les cellules et qu'il est seulement utilisé pour traiter un cancer - Réponse : Faux.**

Effectivement, le mot « cytotoxique » indique que le médicament est toxique pour les cellules. Toutefois, les médicaments cytotoxiques ne sont pas spécifiques au traitement du cancer puisque plusieurs médicaments utilisés en oncologie (p. ex., le méthotrexate) sont également utilisés dans le traitement d'autres maladies tel que la polyarthrite rhumatoïde [8].

6. **Un URTCC mentionne qu'il a reçu son dernier traitement de chimiothérapie il y a 48 heures. Le port d'ÉPI est donc requis pour les soins pouvant entraîner un contact avec les liquides biologiques - Réponse : Vrai.**

Comme certaines chimiothérapies peuvent subsister jusqu'à sept jours dans l'urine ou les selles [3], il convient de porter l'ÉPI selon la durée établie dans les politiques de votre établissement.

7. **Le changement de la literie d'un URTCC ayant reçu de la chimiothérapie il y a 48 heures peut être effectué en portant seulement des gants - Réponse : Faux.**

Il est possible que la literie soit contaminée par des excréments contenant des traces de chimiothérapie [3]. Ainsi, la manipulation de cette literie nécessite le port de gants et d'une blouse de protection résistants à la chimiothérapie [3].

8. **Vous devez administrer un comprimé de chimiothérapie à un URTCC. Comme c'est un comprimé, le port d'ÉPI n'est pas requis - Réponse : Faux.**

Le port de gants résistants à la chimiothérapie est nécessaire dès que le comprimé est hors de son sachet [3].

9. **Un URTCC recevant de la chimiothérapie en continu présente de la douleur, un érythème, un œdème et une accumulation de liquide au site d'insertion de son cathéter intraveineux périphérique de type Picc Line. Votre première intervention sera de cesser immédiatement l'administration de l'agent antinéoplasique - Réponse : Vrai.**

La présence de ces signes et symptômes est liée à une extravasation, ce qui signifie que l'administration de la

chimiothérapie se fait dans les tissus sous-cutanés plutôt que dans la circulation sanguine [9]. Vous devez donc procéder immédiatement à l'arrêt de la perfusion pour limiter les dommages tissulaires [9]. Par la suite, référez-vous à la procédure de votre établissement en cas d'extravasation d'un agent antinéoplasique.

10. Lors de l'installation d'un cathéter court installé par voie périphérique chez un URTCC ayant reçu de la chimiothérapie il y a moins de 48 heures, une faible quantité de sang se déverse sur votre uniforme. Dans cette situation, il vous est possible de conserver votre uniforme jusqu'à la fin de votre quart de travail - Réponse : Faux.

Lorsqu'une chimiothérapie ou des excréta (p. ex., selles, sang, urine ou vomissements) contaminés par de la chimiothérapie entrent en contact avec votre peau ou vos vêtements, il est nécessaire de laver abondamment la zone atteinte avec de l'eau et du savon [3]. De plus, vous devez retirer immédiatement les vêtements contaminés et les laver avant une prochaine utilisation [3].

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier chaleureusement tous les infirmiers ainsi que toutes les infirmières de l'urgence du CHU de Québec — Université Laval qui ont acheminés différentes questions concernant la prise en charge d'usagers présentant un cancer. ■



Les auteurs

Billy Vinette, inf., M. Sc., étudiant Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre d'innovation en formation infirmière, Université de Montréal



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

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre d'innovation en formation infirmière, Université de Montréal



Marie-Ève Bélanger, inf., M. Sc., CSIO(C)

Infirmière de pratique avancée — oncologie, thérapies anticancéreuses et médicaments dangereux
Direction des soins infirmiers, CHU de Québec — Université Laval

RÉFÉRENCES

1. Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer. Statistiques canadiennes sur le cancer 2019. Toronto, (ON): 2019. Repéré à <https://www.cancer.ca/~media/cancer.ca/CW/cancer%20information/cancer%20101/Canadian%20cancer%20statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2019-FR.pdf?la=fr-CA>
2. Société canadienne du cancer. Traitement. 2020. Repéré à <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/treatment/?region=qc>
3. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. Guide de prévention - Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux. 2008. Repéré à http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Dep/GP65_medicaments_dangereux.pdf
4. National Comprehensive Cancer Network. Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections – Version 2. 2020. Repéré à https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/infections.pdf
5. Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, et al. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 Update by the infectious diseases society of america. Clin Infect Dis. 2011;52(4):e56-e93.
6. National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH List of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings. Cincinnati (OH): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health; 2016. Repéré à <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2016-161/pdfs/2016-161.pdf>
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Méthode de soins infirmiers - Administration d'agents antinéoplasiques par voie intraveineuse. 2019. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-902-13W.pdf>
8. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Médicaments pour la prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde. 2018. Repéré à <https://www.cadth.ca/fr/medicaments-pour-la-prise-en-charge-de-la-polyarthrite-rhumatoïde>
9. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide de prise en charge de l'extravasation des agents antinéoplasiques - Mise à jour. 2019. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS_Extravasation_traitements_antineoplasiques.pdf



Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava
La passion du Grand Nord

Vous avez besoin de changer d'air?

DÉPAYSEMENT GARANTI !

- 1 hôpital, 7 communautés Inuites
- Emploi stimulant et valorisant
 - Employeur flexible
 - Nombreuses primes
- Formation en rôle élargi (incluse)
- Postes temporaires et permanents
- Qualité de vie incomparable !

Envoyez votre CV aujourd'hui!
Une expérience unique VOUS ATTEND !



PRATIQUE CLINIQUE

Prise en charge du délirium chez les personnes âgées à l'urgence

Pour une majorité de personnes âgées, le département d'urgence représente la principale porte d'entrée pour des soins de santé. Lorsqu'elles arrivent à l'urgence, dix pour cent des personnes âgées présentent déjà un délirium. De plus, près de 30 % des personnes âgées développent un délirium durant leur séjour à l'urgence. Cela fait donc du département d'urgence un lieu clé dans la détection des atteintes cognitives auxquelles les personnes âgées sont vulnérables. Des maladies infectieuses, telles que la maladie à coronavirus (COVID-19), favorisent d'ailleurs l'apparition d'un délirium chez les personnes âgées. Le délirium complique leur rétablissement en causant des atteintes fonctionnelles et cognitives en plus d'augmenter significativement leur risque de mortalité. À ce titre, il est essentiel de détecter rapidement le délirium et de mettre en place des interventions pour en diminuer les effets délétères. Les infirmiers et les infirmières offrant des soins dans les départements d'urgence sont donc les professionnels de la santé les mieux positionnés pour détecter précocement cette maladie et intervenir, puisqu'ils ont un rôle d'évaluation de l'état de santé physique et mental et assurent une présence au chevet 24 heures sur 24. Dans le présent article, nous discutons des outils pouvant soutenir la détection du délirium par les infirmiers et infirmières des départements d'urgence ainsi que des interventions pour le prévenir ou en diminuer les effets délétères.

par Tanya Mailhot, Sophie Baelen-Kontar, Marc-André Maheu-Cadotte, Guillaume Fontaine, Sylvie Cossette et Patrick Lavoie

INTRODUCTION

Le département d'urgence est la porte d'entrée pour des soins de santé de la majorité des personnes âgées. Le délirium est une atteinte cognitive qui se développe chez près du tiers des personnes âgées pendant leur séjour au département d'urgence [1-6]. Notons que 10 % des personnes âgées admises à l'urgence présentent déjà un délirium à leur arrivée [7]. Il s'agit donc d'un lieu clé pour identifier les atteintes cognitives qui sont susceptibles de toucher cette clientèle [6, 8, 9]. Le délirium ne fait pas partie du vieillissement normal et est associé à des complications fonctionnelles et cognitives, des durées de séjour prolongées, un rétablissement compliqué et un risque de mortalité plus élevé [2, 5, 6, 10]. Par exemple, les personnes âgées qui reçoivent leur congé d'un département d'urgence et qui présentent un délirium voient leur risque de mortalité multiplié par sept [2, 10]. Malgré sa prévalence élevée ainsi que les graves conséquences qui y sont

associées, le délirium est largement sous-détecté à l'urgence, ce qui limite sa prise en charge [7, 8]. Une étude récente réalisée dans cinq départements d'urgence de la région de Québec a révélé que 85% des cas de délirium n'avaient pas été détectés par les professionnels de la santé [8]. Cette sous-détection est d'autant plus alarmante puisque la survenue d'un délirium chez les personnes âgées est souvent associée à une atteinte sous-jacente importante, comme une infection. D'ailleurs, le délirium est l'une des complications les plus fréquentes chez les personnes âgées qui développent la maladie à coronavirus (COVID-19) [11]. L'Organisation mondiale de la santé a donc récemment émis une alerte destinée aux professionnels de la santé quant à la nécessité d'exercer une surveillance étroite de l'apparition des signes du délirium, puisque cet état peut être présent chez une personne âgée qui développe la COVID-19 avant même l'apparition des symptômes respiratoires [12].

Pour réduire les effets délétères associés au délirium, il est impératif de le détecter rapidement, d'en identifier les causes et de mettre en œuvre les interventions appropriées [13]. Le groupe de travail en gériatrie de la *Society for Academic Emergency Medicine* et les urgences canadiennes recommandent l'évaluation de l'état mental et de la présence du délirium lors de l'admission d'une personne âgée à l'urgence [14-16]. Toutefois, l'utilisation systématique par les infirmiers et infirmières d'un outil permettant de soutenir la détection du délirium à l'urgence ne fait pas encore partie des pratiques courantes dans une majorité

Lorsqu'un délirium survient, il peut se manifester sous trois formes, soit hyperactive, hypoactive ou mixte [21]. La forme hyperactive est caractérisée par une agitation et de la méfiance. La forme hypoactive se manifeste plutôt par de la léthargie, ce qui rend les personnes beaucoup moins réactives. La forme mixte est accompagnée d'une alternance entre des phases d'agitation et de léthargie [21]. Les formes mixte et hypoactive sont les plus fréquentes chez les personnes âgées, ce qui complique la détection du délirium chez cette clientèle [21, 22].

« Les manifestations du délirium fluctuent, c'est-à-dire que le patient présentera des périodes de lucidité, puis des épisodes de confusions en alternance »

La présentation clinique du délirium peut varier d'une personne à l'autre, puisqu'elle est teintée par la personnalité de l'individu ainsi que son histoire de vie [18, 19]. L'infirmier ou l'infirmière qui connaît cette histoire de vie peut rassurer la personne et limiter l'exacerbation du délirium en personnalisant ses interventions [23]. À l'urgence, connaître cette histoire de vie

d'établissements au Québec. Pourtant, l'utilisation systématique d'un tel outil permettrait de rehausser significativement le taux de détection du délirium chez les personnes âgées dans les départements d'urgence [8, 10, 17].

peut être un défi en raison de la durée de séjour souvent très courte. Ainsi, la collaboration avec la famille du patient peut s'avérer très utile pour que le personnel infirmier soit en mesure de personnaliser les interventions auprès du patient.

Le personnel infirmier a un rôle important dans la détection et la prise en charge du délirium. Dans cet article, nous présentons un survol des facteurs de risque du délirium, des outils pouvant soutenir sa détection par les infirmiers et infirmières d'urgence, et des interventions pouvant être réalisées pour prévenir le délirium et le prendre en charge lorsqu'il survient.

LE DÉLIRIUM

Le délirium est une dysfonction aiguë du cerveau qui s'accompagne d'un déficit de l'attention et de la cognition [18]. Le délirium est un syndrome généralement réversible et est défini dans le Manuel Diagnostique des Troubles Mentaux [18] par trois critères : 1) une altération de l'état de conscience, 2) une modification dans la cognition affectant la mémoire, la compréhension du langage, les perceptions ou le comportement, ainsi que 3) l'apparition soudaine de ces deux critères [18-20]. L'altération des perceptions peut également amener les personnes atteintes d'un délirium à développer des hallucinations visuelles ou auditives [18]. Les personnes atteintes de délirium peuvent aussi présenter une inversion du cycle veille-sommeil, ainsi que des sentiments d'anxiété, de peur et de méfiance [18]. Les manifestations du délirium fluctuent, c'est-à-dire que le patient présentera des périodes de lucidité, puis des périodes de confusion en alternance pendant toute la durée de l'épisode [18].

LES FACTEURS DE RISQUE DU DÉLIRIUM

Les hypothèses mises de l'avant quant aux mécanismes physiologiques cérébraux impliqués dans le développement du délirium incluent une altération des neurotransmetteurs, notamment dans la synthèse, le stockage, le métabolisme de ceux-ci, et un processus inflammatoire qui conduisent à une modification de la perfusion cérébrale [24, 25]. Ces mécanismes s'enclencheraient en réponse à une combinaison de facteurs de vulnérabilité et d'éléments de stress [6, 24, 25].

Les facteurs de vulnérabilité les plus fréquemment cités sont un âge avancé, des déficits visuels, auditifs ou fonctionnels déjà présents ainsi qu'un transfert d'un milieu de soins de longue durée vers un milieu de soins aigus, comme l'urgence [26]. L'âge représente notamment un facteur de risque important chez la clientèle du département d'urgence, car être âgé de 75 ans et plus peut tripler le risque de développer un délirium [26]. Chez les personnes âgées admises à l'urgence, la présence d'une démence a également été fortement associée à un risque élevé de développer un délirium [17, 27]. En fait, une personne qui présente une démence ou une atteinte neurodégénérative est presque six fois plus à risque de présenter un délirium dans les 72 heures suivant son arrivée à l'urgence [26]. De plus, les personnes âgées en provenance d'un milieu de soins de longue durée sont quatre fois plus à risque de présenter un délirium lors de leur séjour à l'urgence [17]. La polypharmacie ainsi que ►

la présence de comorbidités multiples représentent aussi des facteurs de vulnérabilité qui augmentent la susceptibilité des adultes âgés à développer un délirium.

Plusieurs éléments de stress peuvent également être présents simultanément à l'urgence et précipiter un délirium [17]. Notons, par exemple, la présence de bruit et de lumière autant le jour, le soir que la nuit. De plus, dans une étude récente, les chercheurs ont observé que chaque heure passée à l'urgence augmente le risque de développer un délirium. Ainsi, une durée de séjour plus longue à l'urgence favorise la survenue d'un délirium [26]. Également, dans le contexte où les personnes âgées arrivent parfois de manière précipitée à l'urgence, il arrive qu'elles n'aient pas avec elles leurs aides visuelles et auditives, ce qui peut devenir désorientant. De surcroît, les personnes âgées dans un département d'urgence restent fréquemment alitées pendant une période prolongée, et ce, soit parce qu'elles sont trop malades ou trop faibles ou parce que le personnel en place ne les invite pas à se mobiliser. L'immobilisation représente ainsi un élément supplémentaire pouvant précipiter un délirium. Un mauvais soulagement de la douleur à l'urgence double également le risque que la personne âgée développe un délirium [26]. Enfin, la situation de santé des personnes âgées est généralement instable et critique, ce qui peut contribuer à la détérioration de leur état cognitif.

Finalement, même en l'absence de facteurs de vulnérabilité, une hospitalisation pour la COVID-19 est largement susceptible de résulter en un délirium. Les procédures d'isolement, les équipements de protection individuels utilisés par les professionnels de la santé, la réglementation pour réduire la présence de visiteurs et l'état clinique du patient qui comprend des atteintes multisystémiques représentent des facteurs qui, individuellement, peuvent résulter en un délirium. Ainsi, la combinaison de plusieurs de ces facteurs augmente de façon considérable le risque des personnes atteintes de la COVID-19 de développer un délirium [11, 28].

LES CONSÉQUENCES DU DÉLIRIUM

La durée du délirium est variable, mais celui-ci dure généralement entre deux et huit jours [29]. Les complications du délirium sont reliées à sa durée et sa sévérité. Une prise en charge rapide et efficace peut donc contribuer à limiter ses effets délétères [30, 31]. Le délirium est réversible, mais n'est pas sans conséquence.

La personne âgée atteinte d'un délirium verra sa durée de séjour hospitalier prolongée et son rétablissement se compliquer avec des séquelles cognitives et fonctionnelles [32, 33]. En effet, les performances cognitives reflétées par des résultats aux tests cognitifs comme l'échelle de statut mental

(Mini Mental Status Exam), seront affectés plusieurs mois après l'épisode de délirium. La personne atteinte est aussi à risque élevé de voir son autonomie diminuer, de chuter et de subir des fractures. Elle est davantage portée à arracher les appareillages médicaux installés par le personnel soignant (p. ex., cathéters veineux, moniteur cardiaque) ce qui peut nécessiter une réinstallation urgente et entraîner d'autres complications [6, 34-36]. Ces complications sont susceptibles d'être accompagnées d'un retard dans le rétablissement. De plus, une personne qui vit un délirium hypoactif se mobilise généralement très peu. Notons que cette forme de délirium est la plus fréquemment observée chez les personnes âgées séjournant à l'urgence [17]. Une personne âgée qui se mobilise peu ou pas est à grand risque de perte d'autonomie en compliquant son rétablissement sur le plan fonctionnel. Cette conséquence du délirium prend beaucoup d'importance pour les personnes âgées qui vivaient de façon autonome dans la communauté, car elles sont à risque élevé de ne plus pouvoir y retourner.

Il est à noter que le délirium augmente le risque de mortalité [37]. Précisément pour la clientèle de l'urgence, les personnes âgées dont le délirium n'a pas été détecté par les équipes de soins de l'urgence et qui ont malgré tout congé, voient leur risque de mortalité multiplié par sept [10]. De plus, les auteurs d'une étude récente ont observé que la présence d'un délirium lors d'un séjour à l'urgence est associée à des taux de mortalité plus importants jusqu'à 12 mois à la suite du séjour [37].

En plus de ces complications physiques, le délirium laisse des traces psychologiques reliées aux sentiments de peur et d'anxiété qui y sont associés [38]. Une fois le délirium résorbé, la majorité des patients atteints en conservent des souvenirs et ►



certaines vivent des sentiments de culpabilité et de honte [38, 39]. Les manifestations du délirium peuvent être troublantes, ce qui explique qu'elles sont aussi associées à des effets délétères chez les familles. Les trois quarts des familles de personnes atteintes de délirium vivent de l'anxiété en raison des manifestations d'agitation ou de léthargie [40]. Celles-ci rapportent ne plus reconnaître leur proche, avoir l'impression d'être en contact avec un étranger et rapportent des sentiments importants d'insécurité, d'anxiété et de détresse [41]. Le délirium est donc accompagné d'effets néfastes, non seulement chez la personne atteinte, mais aussi chez sa famille, sur laquelle elle doit s'appuyer pour se rétablir une fois de retour à la maison.

LES OUTILS DE DÉTECTION VALIDÉS POUR L'URGENCE

Face à cet état pouvant freiner le rétablissement des personnes âgées, les infirmiers et infirmières dans les départements d'urgence jouent un rôle central dans la prise en charge du délirium. Cette prise en charge comprend la détection du délirium, la surveillance de la personne atteinte, la recherche des causes et la mise en place d'interventions. La détection du délirium représente un défi de taille, car nous savons actuellement que les trois quarts des cas de délirium ne sont pas détectés par les professionnels de la santé dans les départements d'urgence [17]. Puisque le délirium peut être difficile à détecter, les guides de meilleures pratiques recommandent d'évaluer sa présence de façon systématique [13, 42]. L'utilisation d'un outil conçu spécifiquement à cet effet permet d'accélérer la détection du délirium et d'augmenter la rapidité de la prise en charge [13, 42]. Bon nombre d'outils pour soutenir la détection du délirium ont été proposés dans la dernière décennie et plusieurs peuvent être utilisés auprès des personnes âgées à l'urgence. Ces outils sont présentés dans le **Tableau 1**.

Dans leur revue systématique des écrits, LaMantia et al. (2014) ont relevé sept outils ayant été utilisés chez des personnes dans les départements d'urgence, soit le *Confusion Assessment Method* (CAM), le *Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit* (CAM-ICU), le *Confusion Assessment Method – Emergency Department*, le *Organic Brain Syndrome Scale*, les critères diagnostique du DSM, le *Delirium Rating Scale* et finalement, le *NEECHAM Confusion Scale* [15]. D'autres outils sont aussi validés pour une utilisation à l'urgence (<http://eddelirium.org>), dont le brief *Confusion Assessment Method (bCAM)* et le *Delirium Triage Screen*. À ce jour, le CAM est rapporté comme étant l'outil le plus souvent utilisé, suivi du CAM-ICU [15]. Le CAM comprend neuf critères qui permettent d'évaluer quatre éléments d'un

délirium, soit : 1) début soudain et fluctuation des symptômes, 2) inattention, 3) désorganisation de la pensée, et 4) trouble de la vigilance. Un score positif suggérant la présence d'un délirium est obtenu si les critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4 sont positifs. Plusieurs variantes du CAM ont été développées et permettent d'évaluer ces mêmes critères, mais avec moins d'items ce qui augmente la rapidité d'utilisation. D'autres variantes du CAM comprennent des spécificités pour les patients qui ne sont pas en mesure de parler, notamment le CAM-ICU.

Malgré l'utilisation de ces outils, le délirium peut être complexe à détecter pour les professionnels de la santé qui connaissent peu les antécédents et les caractéristiques du patient comme c'est souvent le cas dans les départements d'urgence. De plus, distinguer un délirium chez les patients atteints d'un trouble neurocognitif comme la démence requiert une expérience et

« Cette prise en charge comprend la détection du délirium, la surveillance de la personne atteinte, la recherche des causes et la mise en place d'interventions. »

une expertise particulière puisque ces troubles partagent de nombreux symptômes [43, 44].

Pour pallier cette méconnaissance de l'histoire de la personne âgée, les membres de la famille représentent une source d'information précieuse [45-48]. En effet, la famille possède une bonne connaissance de l'état cognitif et fonctionnel habituel du patient ce qui permet d'identifier les changements subtils qui peuvent refléter le développement d'un délirium. L'intégration des observations des familles pourrait aider les professionnels de la santé à détecter le délirium plus rapidement et à en assurer une surveillance plus précise. À cet effet, l'outil de détection du délirium CAM, présenté plus haut, est la méthode la plus largement utilisée par les professionnels de la santé pour la détection du délirium [49]. Une version du CAM qui peut être complétée par les familles pour identifier des manifestations possibles de délirium, le *Family-Confusion Assessment Method* (FAM-CAM), a été validée à l'urgence, en contexte ambulatoire et en milieu hospitalier de soins de longue durée [48]. La version originale anglaise américaine ainsi qu'une version en français sont disponibles en ligne : <http://www.hospitalelderlifeprogram.org/delirium-instruments>. Le FAM-CAM ne vise pas à remettre la responsabilité de la surveillance du délirium aux familles, mais à établir une collaboration entre la famille et les professionnels ►

Tableau 1. Principaux outils de détection du délirium utilisés dans les départements d'urgence.

NOM	NOMBRE D'ITEMS	DESCRIPTION
RASS Richmond Agitation Sedation Scale [55]	10	Échelle d'observation évaluant le niveau de conscience, utilisée fréquemment aux soins intensifs. La cotation symétrique augmente la précision inter-observateur. +4 Combatif -1 Somnolent +3 Très agité -2 Diminution légère de la vigilance +2 Agité -3 Diminution modérée de la vigilance +1 Ne tient pas -4 Diminution profonde de la vigilance en place -5 Non réveillable 0 Éveillé et calme + si RASS > +1 ou < -1
4 AT 4 A's Test (version française) [56]	4	Outil de détection rapide et fiable du délirium et des troubles cognitifs. Il est reconnu pour ne pas augmenter de manière significative la charge de travail du personnel des services d'urgence. (1) Conscience du patient (2) Orientation spatiale et temporelle, et les questions du Test mental abrégé 4 (AMT-4) (3) Niveau d'attention du patient (en récitant les mois de l'année à l'envers) (4) Changement aigu ou évolution fluctuante de l'état de conscience, cognition, autre fonction mentale Un score de zéro suggère un état cognitif normal, un score de 1 à 3 suggère la possibilité d'une déficience cognitive modérée à sévère, et un score de 4 et plus suggère la possibilité d'un délirium avec ou sans trouble cognitif.
CAM Confusion Assessment Method [57]	9	Méthode standardisée d'évaluation de la confusion, pour permettre aux cliniciens qui n'ont pas de formation ou d'expertise en évaluation de la condition mentale, de dépister le délirium. Outil valable si le patient peut parler à un interlocuteur. Neuf critères qui permettent d'évaluer quatre éléments: (1) Début soudain et fluctuation des symptômes (2) Inattention (3) Désorganisation de la pensée (4) Trouble de la vigilance + au délirium si présence des critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4
bCAM Brief Confusion Assessment Method [58]	4	Brève méthode d'évaluation de la confusion mentale pour une utilisation dans le cadre d'un service d'urgence. Le bCAM utilise l'algorithme CAM et présente quatre caractéristiques: (1) Altération de l'état mental/évolution de la maladie (2) Inattention (réciter les mois de l'année à l'envers) (3) Altération du niveau de conscience (4) Réflexion désorganisée + si présence des critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4 Il est validé chez des patients âgés admis dans un service d'urgence.
CAM-ICU Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit [59, 60]	4	Méthode d'évaluation de la confusion avec une excellente fiabilité et validité chez les patients des unités de soins intensifs. Outil adapté pour les patients qui ne peuvent pas communiquer verbalement. 4 items : (1) Changement aigu dans l'état de conscience (2) Inattention (3) Niveau de conscience altéré (4) Désorganisation de la pensée + si présence des critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4

3D-CAM [61]	10 questions d'entrevue et 10 éléments	Outil d'évaluation diagnostique basé sur l'algorithme du Confusion Assessment Method + si présence des critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4
CAM-ED Confusion Assessment Method – Emergency Department [62]	4	Outil adapté aux services d'urgence. (1) Changement aigu ou fluctuation de l'état de conscience (2) Inattention (3) Niveau de conscience altéré (4) Désorganisation de la pensée Déliirium : 4 critères sur 4 Déliirium probable : 3 critères sur 4 Déliirium possible : 2 critères sur 4
DRS Delirium Rating Scale [63]	16	Échelle de diagnostic et de sévérité pouvant être utilisée dans la recherche ou l'évaluation clinique de la sévérité des symptômes. Toutes les sources disponibles d'informations sont utilisées pour l'évaluation (famille, visiteurs, personnel soignant et dossiers médicaux) 16 items : 1) cycle éveil-sommeil, 2) troubles perceptuels, 3) délire de persécution, 4) affect labile, 5) trouble du langage, 6) trouble cognitif, 7) agitation, 8) ralentissement, 9) orientation, 10) attention, 11) trouble de mémoire à court terme, 12) trouble de mémoire à long terme, 13) trouble visuo-spatial, 14) apparition soudaine, 15) fluctuation, 16) problème de nature physique. L'évaluation de la sévérité est réalisée à l'aide de la perception des 13 premiers items. Score total : 0-46, score plus élevé = sévérité plus importante.
NEECHAM The NEECHAM Confusion Scale [64]	9	Outil permettant d'identifier un état de confusion. Il comprend neuf items répartis dans trois domaines avec un score qui varie entre 0 et 30. Il permet de préciser la sévérité de la confusion et d'ajuster notre niveau de surveillance aux résultats obtenus. • Aspects cognitifs (attention, capacité de suivre une consigne complexe, orientation) • Aspects comportementaux (apparence, comportement moteur et verbal) • Aspects physiologiques (fonctions vitales, oxygénation et continence) Confusion modérée ou sévère : score de 0-19 Faible détérioration dans le fonctionnement de la personne : score de 20-24 Pas de confusion, mais à risque : score de 25-26 Pas de confusion : score de 27-30
DTS Delirium Triage Screen [58]	2	Outil de détection devant être utilisé comme première étape d'une évaluation de deux étapes. Deux caractéristiques principales : (1) État de conscience (2) Inattention Dans le cas où le DTS est positif il est proposé de réaliser une évaluation à l'aide du CAM, du 4AT ou d'un autre outil validé pour une utilisation auprès de la clientèle de l'urgence.
FAM-CAM Family-	11	Outil pouvant être complété par les familles et utilisé comme première étape de détection en ajout à l'évaluation des professionnels de la santé. Dix questions comprennent un format de réponse court (oui, non, je ne sais pas) et une question permet à la famille de décrire les changements observés. Permet de questionner la famille sur quatre aspects centraux au délirium : (1) Changement aigu ou fluctuation de l'état de conscience (2) Inattention (3) Niveau de conscience altéré (4) Désorganisation de la pensée L'interprétation est basée sur l'algorithme du Confusion Assessment Method + si présence des critères 1, 2 et 3 ou 1, 2 et 4

(+) : un délirium est probable.

de la santé. Le FAM-CAM doit être utilisé comme source d'information servant comme outil d'échanges entre la famille et les professionnels. Par ailleurs, d'autres outils de détection du délirium qui sont complétés par les familles ou qui prennent en considération les observations de la famille sont disponibles. Dans une revue systématique récente, Rosgen et al. [50] relèvent six outils de ce genre, soit le *Family-Confusion Assessment Method*, le *Caregiver-Informed Delirium Detection Tools*, le *Stressful Caregiving Response to Experiences of Dying*, le *Single Question in Delirium*, *SSQ-Delirium*, le *Caregiver-Administered Delirium Detection Tool*, le *Informant Assessment of Geriatric Delirium* et le *Sour Seven*.

L'utilisation de ces outils, avec ou sans la famille, permet une meilleure détection du délirium que l'évaluation clinique seule, car elle tend à systématiser l'évaluation de l'état mental du patient en l'incluant dans la routine de soins. Par contre, la détection seule ne permet pas de diminuer les effets délétères du délirium [51]. C'est plutôt la combinaison d'une détection rapide du délirium ainsi que des interventions jumelées à la recherche de causes qui permettra de diminuer les conséquences d'un délirium.

LA PRISE EN CHARGE INFIRMIÈRE DU DÉLIRIUM

Les interventions pour prévenir et prendre en charge le délirium peuvent être initiées dans le cadre de la pratique autonome des infirmiers et infirmières. Les interventions de prévention peuvent

Tableau 2. Résumé des composantes des interventions HELP et ABCDEF

ACRONYME DE L'INTERVENTION	HELP (HOSPITAL ELDER LIFE PROGRAM)	ABCDEF
Objectif	Prévenir le delirium en ciblant les facteurs de risque les plus communs chez la population visée.	
Population pour laquelle l'intervention a été développée	Médecine	Soins intensifs
Résumé des composantes	L'intervention HELP prescrit des stratégies de prévention du délirium qui ciblent des facteurs de risque du délirium : • Altération cognitive (p.ex., favoriser l'orientation du patient en lui rappelant où il se trouve et pourquoi) • Immobilisation (p. ex., favoriser la mobilisation et les exercices au bord du lit, éviter les contentions et cathéters qui peuvent limiter la mobilisation) • Manque de sommeil (p. ex., diminuer le bruit ambiant autant que possible, rassembler les soins pour permettre des périodes de sommeil ininterrompues) • Altération de la vue et de l'ouïe (p. ex., s'assurer du port de lunettes et/ou appareil auditif) • Déshydratation (p. ex., reconnaissance précoce des signes de déshydratation, favoriser l'hydratation)	L'intervention ABCDEF prescrit des stratégies pour prévenir le délirium et aussi pour améliorer la gestion de la douleur et l'ampleur des conséquences à long terme d'une hospitalisation aux soins intensifs. Les stratégies comprises dans l'ABCDEF sont regroupées dans six catégories : • A: Évaluer, prévenir et gérer la douleur (p. ex., comprendre la douleur et utiliser des échelles d'évaluation de la douleur appropriées à la clientèle) • B: Éveil spontané et essais de pauses du respirateur (p. ex., évaluer la nécessité de sédation et de l'utilisation d'un ventilateur aux 24 heures) • C: Choix de l'analgésie et de la sédation (p. ex., sélectionner le bon niveau de sédation et surveiller l'état de conscience, à l'aide du Richmond Agitation Sedation) • D: Évaluer, prévenir et gérer le délirium (p.ex., connaître les facteurs de risque du délirium et utiliser des interventions de prévention ainsi que des outils de détection du délirium appropriés pour la clientèle) • E: Mobilité précoce et exercices (p. ex., optimiser la mobilisation et proposer des exercices appropriés pour le patient, mobiliser le patient quotidiennement) • F: Engagement de la famille dans les soins (p. ex., communiquer avec la famille et favoriser leur implication dans les soins autant que possible)
L'information détaillée sur ces deux interventions peut-être repérée aux adresses suivantes : HELP : http://www.hospitalelderslifeprogram.org ; ABCDEF : https://www.icudelirium.org/medical-professionals/overview		

d'ailleurs être continuées pendant l'épisode de délirium pour en diminuer la sévérité. Ces interventions comprennent [13, 42] :

1. Favoriser l'orientation du patient (horloge, lunettes, appareils auditifs et pourquoi, contrôle de lumière et bruit) ;
2. Favoriser une hydratation adéquate ;
3. Favoriser la mobilisation précoce du patient ;
4. Soulager la douleur ;
5. Faciliter le sommeil ;
6. Encourager la présence de la famille, leur expliquer les interventions réalisées auprès du patient et favoriser leur participation dans les soins ;
7. Adapter son approche et sa manière de communiquer à la personne (utiliser des phrases simples et courtes).

Les interventions non pharmacologiques décrites ci-haut apportent des bénéfices, peu importe à quel moment elles sont débutées. Ces interventions peuvent aussi permettre de prévenir le délirium lorsqu'elles ciblent les facteurs de risque. Par exemple, fournir l'appareil auditif et visuel dès l'arrivée au département d'urgence peut éviter une confusion secondaire au manque sensoriel [52]. Ces interventions permettent aussi une diminution de la durée du délirium, des chutes et du déclin cognitif et fonctionnel qui peuvent y être associés [52]. Un meilleur rétablissement cognitif ainsi qu'une diminution de la durée du séjour hospitalier et du taux de mortalité ont aussi été observés lorsque les interventions non pharmacologiques ont été mises en place après le début du délirium [52].

Puisque le délirium est généralement le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs de vulnérabilité et des éléments de stress, les interventions à composantes multiples qui ciblent ces facteurs et ces éléments auront le plus d'effet [35]. D'autres exemples d'interventions multidisciplinaires non pharmacologiques ayant démontré une efficacité à prévenir et gérer le délirium comprennent le modèle *HELP* développé pour des patients en médecine et le *ABCDEF BUNDLE* développé pour les soins intensifs. Les composantes de ces deux interventions sont brièvement présentées dans le **Tableau 2**.

Finalement, mentionnons que les traitements médicamenteux ne permettent pas de guérir le délirium, mais seulement d'en diminuer les symptômes ou d'en traiter la cause [53, 54]. Ainsi, les interventions non pharmacologiques demeurent l'approche privilégiée dans la prise en charge de patient atteint du délirium [13].

CONCLUSION

Pour conclure, rappelons que l'urgence représente un lieu clé dans la détection des atteintes cognitives auxquelles les personnes âgées sont vulnérables, dont le délirium. Le fait d'être admis à l'urgence, à la lumière des différents éléments mentionnés précédemment, représente notamment un facteur de risque important pour son développement. Le délirium ne fait

pas partie du vieillissement normal et est associé à d'importantes conséquences à court et moyen terme pour les personnes atteintes. Les infirmiers et infirmières sont les professionnels de la santé les mieux positionnés pour le détecter précocement et intervenir. Plusieurs outils sont à leur disposition pour soutenir la détection du délirium et accélérer sa prise en charge. ■

SOUTIEN FINANCIER

Bourse postdoctorale des Fonds de Recherche du Québec – Santé.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.

Les auteurs



Tanya Mailhot, inf., Ph. D.

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada
Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, Canada



Sophie Baelen-Kontar, inf., B. Sc.

Étudiante à la Maîtrise, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada
Assistante de recherche, Centre de Recherche, Institut de Cardiologie de Montréal



Marc-André Maheu-Cadotte, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

Assistant de recherche, Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, Canada



Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)

Assistant de recherche, Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, Canada



Sylvie Cossette, inf., Ph. D.

Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada
Chercheure régulière, Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, Canada

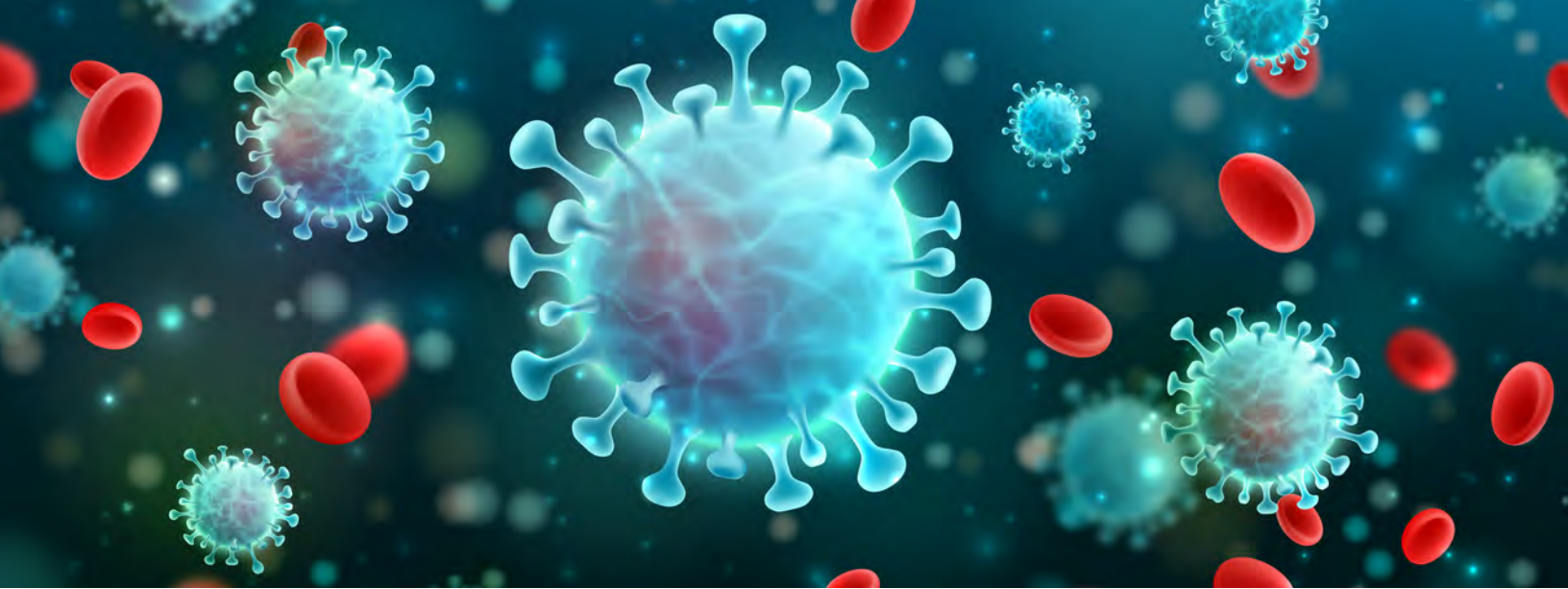


Patrick Lavoie, inf., Ph. D.

Professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Montréal, Canada
Chercheur régulier, Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, Canada

RÉFÉRENCES

- Baten, V., et al., Validation of the Brief Confusion Assessment Method for Screening Delirium in Elderly Medical Patients in a German Emergency Department. *Acad Emerg Med*, 2018. 25(11): p. 1251-1262.
- Emond, M., et al., Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: a prospective observational multicentre cohort study. *BMJ Open*, 2018. 8(3): p. e018190.
- Flagg, B., et al., Nursing identification of delirium. *Clin Nurse Spec*, 2010. 24(5): p. 260-6.
- Gower, L.E., M.O. Gatewood, and C.S. Kang, Emergency department management of delirium in the elderly. *West J Emerg Med*, 2012. 13(2): p. 194-201.
- Han, J.H., et al., Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med*, 2010. 56(3): p. 244-252.e1.
- Inouye, S.K., R.G. Westendorp, and J.S. Saczynski, Delirium in elderly people. *The Lancet*, 2014. 383(9920): p. 911-922.
- Elie, M., et al., Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. *Cmaj*, 2000. 163(8): p. 977-81.
- Boucher, V., et al., Unrecognized Incident Delirium in Older Emergency Department Patients. *J Emerg Med*, 2019. 57(4): p. 535-542.
- Schuur, J.D. and A.K. Venkatesh, The growing role of emergency departments in hospital admissions. *N Engl J Med*, 2012. 367(5): p. 391-3.
- Kakuma, R., et al., Delirium in older emergency department patients discharged home: effect on survival. *J Am Geriatr Soc*, 2003. 51(4): p. 443-50.
- Cipriani, G., et al., A complication of coronavirus disease 2019: delirium. *Acta neurologica Belgica*, 2020. 120(4): p. 927-932.
- Organization, W.H., Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. 2020, World Health Organization.
- Davis, D., et al., The Scottish Intercollegiate Guidelines Network: risk reduction and management of delirium. 2019. 48(4): p. 485-488.
- Hwang, U. and R.S. Morrison, The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*, 2007. 55(11): p. 1873-6.
- LaMantia, M.A., et al., Screening for delirium in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med*, 2014. 63(5): p. 551-560.e2.
- Terrell, K.M., et al., Quality indicators for geriatric emergency care. *Acad Emerg Med*, 2009. 16(5): p. 441-9.
- Han, J.H., et al., Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. *Acad Emerg Med*, 2009. 16(3): p. 193-200.
- (APA), A.P.A., Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th edition. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- Sepulveda, E., et al., Delirium diagnosis defined by cluster analysis of symptoms versus diagnosis by DSM and ICD criteria: diagnostic accuracy study. *BMC Psychiatry*, 2016. 16: p. 167.
- Trzepacz, P.T., D.J. Meagher, and J.G. Franco, Comparison of diagnostic classification systems for delirium with new research criteria that incorporate the three core domains. *J Psychosom Res*, 2016. 84: p. 60-8.
- Girard, T.D., Sedation, Delirium, and Cognitive Function After Critical Illness. *Crit Care Clin*, 2018. 34(4): p. 585-598.
- Peterson, J.F., et al., Delirium and its motoric subtypes: a study of 614 critically ill patients. *J Am Geriatr Soc*, 2006. 54(3): p. 479-84.
- Barron, E.A. and J. Holmes, Delirium within the emergency care setting, occurrence and detection: a systematic review. *Emerg Med J*, 2013. 30(4): p. 263-8.
- Maldonado, J.R., Delirium pathophysiology: An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2018. 33(11): p. 1428-1457.
- Maldonado, J.R., Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Crit Care Clin*, 2017. 33(3): p. 461-519.
- Thompson, C., et al., Risk factors associated with acute in-hospital delirium for patients diagnosed with a hip fracture in the emergency department. *Cjem*, 2018. 20(6): p. 911-919.
- Lee, S., et al., Recognition, prevention, and treatment of delirium in emergency department: An evidence-based narrative review. *Am J Emerg Med*, 2019.
- O'Hanlon, S. and S.K. Inouye, Delirium: a missing piece in the COVID-19 pandemic puzzle. *Age and ageing*, 2020. 49(4): p. 497-498.
- Brown, C.H., Delirium in the cardiac surgical ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*, 2014. 27(2): p. 117-22.
- Jackson, T.A., et al., Predicting outcome in older hospital patients with delirium: a systematic literature review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2016. 31(4): p. 392-9.
- Pisani, M.A., et al., Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med*, 2009. 180(11): p. 1092-7.
- Cole, M.G., et al., Frequency of full, partial and no recovery from subsyndromal delirium in older hospital inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2016. 31(5): p. 544-50.
- McCusker, J., et al., Six-month outcomes of co-occurring delirium, depression, and dementia in long-term care. *J Am Geriatr Soc*, 2014. 62(12): p. 2296-302.
- Gottesman, R.F., et al., Delirium after coronary artery bypass graft surgery and late mortality. *Ann Neurol*, 2010. 67(3): p. 338-44.
- Inouye, S.K., Delirium in older persons. *N Engl J Med*, 2006. 354(11): p. 1157-65.
- Martins, S., et al., Delirium recognition by family: European Portuguese validation study of the family confusion assessment method. *J Am Geriatr Soc*, 2014. 62(9): p. 1748-52.
- Israni, J., et al., Delirium as a predictor of mortality in US Medicare beneficiaries discharged from the emergency department: a national claims-level analysis up to 12 months. *BMJ Open*, 2018. 8(5): p. e021258.
- Williams, S.T., J.K. Dhesi, and J.S.L. Partridge, Distress in delirium: causes, assessment and management. *European Geriatric Medicine*, 2020. 11(1): p. 63-70.
- Partridge, J.S.L., et al., Measuring the distress related to delirium in older surgical patients and their relatives. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2019. 34(7): p. 1070-1077.
- Partridge, J.S.L., et al., The delirium experience: what is the effect on patients, relatives and staff and what can be done to modify this? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013. 28(8): p. 804-812.
- Schmitt, E.M., et al., Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *Gerontologist*, 2019. 59(2): p. 327-337.
- Bar, J., et al., Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Critical care medicine*, 2013. 41(1): p. 263-306.
- Fick, D.M., et al., Preliminary development of an ultrabrief two-item bedside test for delirium. *Journal of hospital medicine*, 2015. 10(10): p. 645-650.
- Fick, D.M., et al., Delirium superimposed on dementia is associated with prolonged length of stay and poor outcomes in hospitalized older adults. 2013. 8(9): p. 500-505.
- Bull, M.J., L. Boaz, and M. Jerme, Educating Family Caregivers for Older Adults About Delirium: A Systematic Review. *Worldviews Evid Based Nurs*, 2016. 13(3): p. 232-40.
- Bull, M.J., et al., Preparing Family Caregivers to Recognize Delirium Symptoms in Older Adults After Elective Hip or Knee Arthroplasty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2017. 65(1): p. e13-e17.
- Bull, M.J., L. Boaz, and J.M. Sjostedt, Family caregivers' knowledge of delirium and preferred modalities for receipt of information. *Journal of Applied Gerontology*, 2016. 35(7): p. 744-758.
- Mailhot, T., et al., Family Identification of Delirium in the Emergency Department in Patients With and Without Dementia: Validity of the Family Confusion Assessment Method (FAM-CAM). 2020. 68(5): p. 983-990.
- van Velthuisen, E.L., et al., Psychometric properties and feasibility of instruments for the detection of delirium in older hospitalized patients: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2016. 31(9): p. 974-89.
- Rosgen, B., et al., Validation of Caregiver-Centered Delirium Detection Tools: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2018.
- Marcantonio, E.R., Delirium in Hospitalized Older Adults. *N Engl J Med*, 2017. 377(15): p. 1456-1466.
- Siddiqi, N., et al., Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 3: p. Cd005563.
- Neufeld, K.J., et al., Antipsychotic Medication for Prevention and Treatment of Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*, 2016. 64(4): p. 705-14.
- O'Neal, J.B., et al., Risk factors for delirium after cardiac surgery: a historical cohort study outlining the influence of cardiopulmonary bypass. *Can J Anaesth*, 2017. 64(11): p. 1129-1137.
- Han, J.H., et al., The diagnostic performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for detecting delirium in older emergency department patients. *J Academic Emergency Medicine*, 2015. 22(7): p. 878-882.
- Gagne, A.J., et al., Performance of the French version of the 4AT for screening the elderly for delirium in the emergency department. *Cjem*, 2018. 20(6): p. 903-910.
- Inouye, S.K., et al., Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 1990. 113(12): p. 941-8.
- Han, J.H., et al., Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Annals of emergency medicine*, 2013. 62(5): p. 457-465.
- Ely, E.W., et al., Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *Jama*, 2001. 286(21): p. 2703-10.
- Han, J.H., et al., Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in older emergency department patients. *Acad Emerg Med*, 2014. 21(2): p. 180-7.
- Marcantonio, E.R., et al., 3D-CAM: derivation and validation of a 3-minute diagnostic interview for CAM-defined delirium: a cross-sectional diagnostic test study. *Ann Intern Med*, 2014. 161(8): p. 554-61.
- Grossmann, F.F., et al., Screening, detection and management of delirium in the emergency department - a pilot study on the feasibility of a new algorithm for use in older emergency department patients: the modified Confusion Assessment Method for the Emergency Department (mCAM-ED). *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2014. 22: p. 19.
- Trzepacz, P.T., R.W. Baker, and J. Greenhouse, A symptom rating scale for delirium. *Psychiatry Res*, 1988. 23(1): p. 89-97.
- Neelon, V.J., et al., The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation, and clinical testing. *Nurs Res*, 1996. 45(6): p. 324-30.



COVID-19

Mise à jour sur la COVID-19

Dans le numéro de mai 2020 de la revue *Soins d'urgence*, Lapierre et al. [1] ont présenté l'état des connaissances sur la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19). Depuis la publication de cet article, les connaissances sur le virus SRAS-COV-2 et la COVID-19 ne cessent d'évoluer. Dans cet esprit, le présent article constitue une brève mise à jour quant à l'état des connaissances en lien avec la COVID-19, sachant que celles-ci progresseront également au cours des prochains mois. Plus spécifiquement, cet article couvrira les aspects suivants : l'épidémiologie, le tableau clinique, les priorités de dépistage, les traitements pharmacologiques et la vaccination.

par Gabriela Peguero-Rodriguez, Alexandra Lapierre, Guillaume Fontaine et Inès Zombre

ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [2], en date du 11 novembre 2020, autour de 21 000 tests de dépistage de la COVID-19 sont réalisés quotidiennement dans la province. Depuis le début de la pandémie, 118 529 cas de la COVID-19 ont été confirmés à cette date au Québec [2]. Parmi ces cas, 100 564 personnes se sont rétablies et 6 515 personnes sont décédées des suites de la maladie. Au Canada, à la même date, plus de 274 415 cas ont été répertoriés avec 10 654 décès. En ce sens, plus de la moitié des décès au pays se retrouvent au Québec [2]. C'est également au Québec que nous retrouvons le plus grand nombre de cas confirmés par 100 000 habitants, soit 1 388/100 000 habitants. L'Alberta (798 cas confirmés par 100 000 habitants), le Manitoba (648 cas confirmés par 100 000 habitants) et l'Ontario (368 cas confirmés par 100 000 habitants) sont ensuite les provinces les plus touchées [2].

Au Québec, les décès sont particulièrement concentrés chez les personnes âgées de plus de 70 ans qui comptent pour 91,7 % des décès de la province. Ceci est en partie attribuable à la première vague de la pandémie où un nombre substantiel de cas et de décès étaient concentrés dans les CHSLD. Actuellement, la transmission de la COVID-19 n'est plus circonscrite aux CHSLD et touche plutôt l'ensemble de la communauté. En ce sens, toutes les tranches d'âge sont touchées relativement également

actuellement [3]. Quant au pic d'hospitalisations au Québec, cela s'est produit le 12 mai 2020, alors que 1 672 personnes étaient hospitalisées, dont 194 aux soins intensifs [2]. En date du 10 novembre 2020, on comptait un total de 573 personnes hospitalisées, dont 84 aux soins intensifs [2].

TABLEAU CLINIQUE

La symptomatologie de la COVID-19 est variable et la gravité des symptômes fluctue d'un individu à l'autre. Toutefois, les symptômes qui se manifestent dans plus de 50 % des cas de COVID-19 sont les suivants [4-7] :

- Fièvre (≥ 38 °C température buccale chez l'adulte ; $\geq 37,8$ °C température buccale chez l'ainé et ≥ 38 °C température rectale chez l'enfant ou $1,1$ °C de plus que la valeur habituelle de la personne. En revanche, pour la clientèle gériatrique demeurant en hébergement, tel qu'en CHSLD, une nouvelle étude [8] recommande plutôt que la fièvre soit considérée à partir d'une augmentation de $0,5$ °C de plus que la valeur habituelle de l'ainé ou encore une température $\geq 37,6$ °C);
- Toux d'apparition nouvelle ou exacerbation d'une toux chronique;
- Essoufflement (dyspnée);
- Fatigue (asthénie) (les patients peuvent également signaler une faiblesse généralisée);

- Perte d'appétit ;
- Troubles de l'odorat (anosmie) sans congestion nasale avec ou sans perte de goût (agueusie).

Par ailleurs, la céphalée, le mal de gorge, les douleurs musculaires (myalgie) et les symptômes gastro-intestinaux (p. ex., vomissements ou diarrhées) sont des manifestations cliniques possibles de la COVID-19. Ces dernières sont toutefois considérées comme étant moins fréquentes (<50 %) [4,5,7]. Enfin, d'autres symptômes peuvent également survenir, tels que la confusion, l'écoulement nasal et des manifestations cutanées, quoique plutôt rares (<10 %) [4,7].

Il est à noter que les symptômes peuvent apparaître jusqu'à 14 jours suivant l'exposition de la personne au virus [4,9]. En effet, on estime toujours la période d'incubation de la COVID-19 de 1 à 14 jours, soit le délai entre la contamination au virus et l'apparition des premiers symptômes [4,9]. Toutefois, il semblerait que la grande majorité des personnes atteintes (97,5 %) développeraient les symptômes de la COVID-19 dans les 11,5 jours suivant leur exposition [4,6].

Enfin, bien que des incertitudes persistent quant aux modes de transmission de la COVID-19, il semblerait que le principal mode de transmission demeure par les gouttelettes respiratoires [4,10]. Le virus, contenu dans les sécrétions respiratoires, est ainsi transmis via la toux et les éternuements à une tierce personne [4,10]. Autrement, le contact étroit et prolongé avec une personne infectée, ainsi que le contact indirect via des surfaces infectées sont également des modes de transmission de la COVID-19 [4,6,9]. D'ailleurs, le virus SRAS-COV-2 peut être transmis autant par les personnes infectées qui n'ont pas encore développé les symptômes (transmission présymptomatique) que les personnes infectées qui ne présenteront jamais les symptômes (transmission asymptomatique) [4,6,9]. Il est suggéré qu'une personne peut être contagieuse jusqu'à trois jours avant le début des symptômes [9].

PRIORITÉS DE DÉPISTAGE

Depuis le début de la pandémie, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis plusieurs recommandations concernant les priorités de dépistage. Avec l'évolution de la situation, le rehaussement de la capacité du système à procéder aux dépistages, et la volonté de faire face à la deuxième vague, le MSSS recommande depuis le 8 octobre 2020 de dépister en fonction de la situation épidémiologique (paliers d'alerte; vert, jaune, orange, rouge) de chaque région. Toutefois, pour les situations suivantes, le dépistage systématique est préconisé [11] :

- Toute personne ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ;
- Dans le contexte d'une éclosion ;

- Toute personne ayant eu un contact étroit et prolongé avec un cas confirmé de COVID-19 ;
- Les patients asymptomatiques de la COVID-19 admis ou qui seront admis dans les 72 heures dans les unités de chirurgie et de soins intensifs ;
- Les usagers asymptomatiques à l'admission ou à l'intégration de certains milieux de soins (p. ex., CHSLD, centre de soins palliatifs, centre de réadaptation physique) ;
- Les personnes asymptomatiques qui subiront des procédures liées à une greffe ou toutes autres interventions médicales génératrices d'aérosols (p. ex., intubation).

Pour plus de clarifications, un tableau d'utilisation des tests selon les paliers d'alerte est maintenant disponible sur le [site internet du MSSS](#).

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Dans les derniers mois, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a poursuivi les recensions des écrits scientifiques et effectué des mises à jour afin d'émettre des constats quant aux différents traitements pharmacologiques potentiels de la COVID-19. À ce jour, aucun traitement ne semble être recommandé pour traiter les patients en prophylaxie ou ceux non hospitalisés atteints de la COVID-19. Pour les patients hospitalisés dans un état plus sévère ou critique, un avis a été transmis au ministre le 18 septembre dernier afin d'inscrire le Remdésivir, un antiviral, sur la liste des médicaments recommandés pour le traitement de la COVID-19 en fonction de certaines conditions [12]. Un outil clinique a d'ailleurs été développé pour accompagner les cliniciens dans l'usage optimal de ce traitement [13].

Le **Tableau 1** présente donc un résumé des dernières recommandations thérapeutiques selon les documents de l'INESSS. Il est à noter que de nombreuses études cliniques sont en cours pour la majorité de ces traitements — pour en savoir plus, visitez le site web de [ClinicalTrials.gov](#).

VACCINATION

La vaccination contre la COVID-19 est un facteur-clé pour un éventuel retour à la vie normale [24]. À ce jour, aucun vaccin contre la COVID-19 n'a été approuvé au Canada. En date du 12 novembre 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ►



Tableau 1. Résumé des recommandations de traitements pharmacologiques pour les patients hospitalisés atteints de la COVID-19 dans un état sévère ou critique.

TRAITEMENT	RECOMMANDATIONS	ÉTUDE EN COURS
Amantadine et Rimantadine [14]	Non recommandé pour le traitement des patients ayant reçu un diagnostic confirmé ou suspecté de COVID-19.	Non
Biothérapies ciblant la voie d'activation de l'interleukine-1 (IL-1) (ex., Anakinra) [15]	Effet potentiel, pourraient améliorer la fonction respiratoire des sujets adultes lorsque ces derniers présentent une élévation des marqueurs inflammatoires ou d'autres signes d'une réaction inflammatoire excessive (niveau de preuve insuffisant).	Oui
Biothérapies dirigées contre l'interleukine-6 (ex., Siltuximab) ou son récepteur (ex., Tocilizumab) [16]	Effet potentiel, pourrait diminuer les besoins en ventilation mécanique et diminuer la mortalité (pour le Tocilizumab) (niveau de preuve faible).	Oui
Chloroquine et Hydroxychloroquine [17]	Non recommandé, car aucun bénéfice clinique observé (niveau de preuve faible).	Oui
Colchicine [18]	Non recommandé en dehors d'un protocole de recherche.	Oui
Dexaméthasone [19]	Effet potentiel, pourrait réduire la mortalité chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés ayant des besoins en oxygénothérapie (niveau de preuve modéré).	Oui
Interférons [20]	Non recommandé en dehors d'un protocole de recherche.	Oui
Lopinavir/ritonavir [21]	Non recommandé, car aucun bénéfice clinique observé (niveau de preuve faible).	Oui
Oseltamivir [22]	Non recommandé, car aucun bénéfice clinique observé.	Oui
Remdésivir [12]	Recommandé chez les adultes et les adolescents âgés de 12 ans ou plus pesant au moins 40 kg qui présentent une pneumonie nécessitant une oxygénothérapie non invasive (niveau de preuve faible à modéré).	Oui
Thérapie passive par anticorps (plasma convalescent) [23]	Effet potentiel, pourrait réduire le taux de mortalité (niveau de preuve faible).	Oui

dénombrait 212 candidats vaccins en cours de développement; 164 de ces candidats vaccins se trouvaient à l'étape préclinique et 48 à l'étape d'évaluation clinique [25]. L'évaluation préclinique consiste à déterminer si les candidats vaccins pourraient être efficaces et sécuritaires pour l'humain, à l'aide d'essais initiaux sur des modèles animaux [26,27]. L'étape d'évaluation clinique implique trois phases d'essais cliniques sur l'humain. Ce n'est qu'après avoir complété avec succès ces trois phases que le vaccin pourra être soumis à une approbation commerciale [27]. La phase I de l'évaluation clinique consiste à la première administration du candidat vaccin à un petit échantillon d'adultes en bonne santé (entre 10 et 100 volontaires) [26,27]. L'objectif est d'évaluer la sécurité et les effets secondaires du vaccin, ainsi que la réponse immunitaire des sujets [26]. Une fois que le vaccin aura satisfait aux critères d'évaluation de la phase I, celui-ci passera à la phase II qui consiste à l'administration du candidat vaccin à un plus grand nombre de sujets issus de la population ciblée (entre 50 et 500 volontaires) [26,27]. Cette phase consiste à identifier la dose optimale, le moment d'administration du vaccin ainsi

que les indicateurs de sécurité et de réponse immunitaire [26]. Enfin, les essais de la phase III nécessitent entre 300 et 30 000 volontaires [27]. Cette dernière phase d'évaluation clinique vise à déterminer l'efficacité et la sécurité de la formulation finale du candidat vaccin [26], autrement dit, la capacité du vaccin à réduire l'incidence de l'infection au sein des sujets vaccinés.

Par ailleurs, le Canada fait partie des pays participants au mécanisme COVAX qui garantit un accès équitable à des vaccins sûrs et efficaces pour lutter contre la COVID-19 [28]. COVAX est une initiative mondiale notamment codirigée par l'OMS qui compte à ce jour 184 pays participants [28]. Grâce au pouvoir d'achat collectif, son objectif est de permettre la distribution de 2 milliards de vaccins homologués et approuvés d'ici la fin de 2021 [28]. À l'heure actuelle, le mécanisme COVAX est la seule initiative qui favorise la disposition d'un vaccin dans les pays dits développés et ceux en voie de développement.

La majorité des Canadiens se disent prêts à être vaccinés contre

la COVID-19 lorsqu'un vaccin sera disponible [29]. Toutefois, un sondage de Statistique Canada indique qu'un Canadien sur sept affirme qu'il est assez peu ou très peu probable qu'il se fasse vacciner contre la COVID-19 [29]. Par conséquent, le personnel infirmier aura un rôle essentiel à jouer pour accroître la confiance du public envers un éventuel vaccin, puisqu'il s'agit d'un pilier clé dans le processus de vaccination et dans notre lutte contre la pandémie [30]. En effet, les effets escomptés par un futur vaccin de la COVID-19 dépendront du pourcentage de la population qui acceptera de se faire vacciner [30].

CONCLUSION

Actuellement, le Québec fait face à la deuxième vague de la COVID-19. Bien que les connaissances sur la COVID-19 se clarifient, plusieurs questionnements persistent, notamment quant aux modes de transmission, au taux d'infection actuel, à la contagiosité réelle du virus, aux traitements à privilégier, ainsi qu'à l'immunité acquise. Or, comme l'a si bien mentionné la docteure Joanne Liu, ex-présidente de Médecins sans frontières : « une réponse à une pandémie est un exercice d'humilité. Et la seule chose pour laquelle on a des certitudes, ce sont nos incertitudes » [31]. ■

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.

Les auteurs

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (c)

École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Professeure adjointe, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (c)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (c)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Institut de Cardiologie de Montréal

Inès Zombre, inf., M. Sc., Ph. D. (c)

École interdisciplinaire des sciences de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

RÉFÉRENCES

- Lapierre A, Fontaine G, Tremblay P, Maheu-Cadotte M-A, Desjardins M. La maladie à coronavirus (COVID-19) : portrait des connaissances actuelles. Soins d'urgence. 2020;1(1):13-9.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Données COVID-19 au Québec. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Données COVID-19 par âge et sexe au Québec. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe>
- Gouvernement du Canada. Signes, symptômes et gravité de la COVID-19 - Guide à l'intention des cliniciens. 2020. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/signes-symptomes-gravite.html>
- Gouvernement du Québec. Informations générales sur la maladie à coronavirus (COVID-19). 2020. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/informations-generales-sur-le-coronavirus/#c46469>
- Centers for Disease Control and Prevention. Interim clinical guidance for management of patients with confirmed coronavirus disease (COVID-19). 2020. Repéré à <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 : Signes et symptômes. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Signes-Symptomes.pdf
- Rudolph J., Halladay C., Barber M, McConeghy K., Mor V, Nanda A, et al. Temperature in nursing home residents systematically tested for SARS-CoV-2. JAMA. 2020;21(7):895-9.
- Gouvernement du Canada. Maladie à coronavirus (COVID-19) : Pour les professionnels de la santé. 2020. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante.html#epi>
- Gouvernement du Québec. COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague. 2020. Repéré à https://cdn-content.quebec.ca/cdn-content/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Deuxieme_vague/PA2V-complet-final-VF-18-08.pdf?1597763853
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19 - dépistage. 2020. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/depistage/>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis transmis au ministre en septembre 2020. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Septembre_2020/20200918_AvisMinistre_Web.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Covid-19 usage optimal du remdesivir. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_Usage-optimal-Remdesivir.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et amantadine/rimantadine. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/amantadine-rimantadine.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et biotérapies ciblant la voie de l'interleukine 1. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/biotherapies-ciblantes-la-voie-de-linterleukine-1.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Biotérapie dirigée contre l'interleukine 6 ou son récepteur. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/biotherapies-dirigees-contre-linterleukine-6-ou-son-recepteur-mise-a-jour-completee-10-08-2020.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et chloroquine/hydroxychloroquine. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/chloroquinehydroxychloroquine-mise-a-jour-completee-15-06-2020.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et colchicine. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/colchicine.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et dexaméthasone. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Dexamethasone.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et interférons. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/interferons.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et lopinavir/ritonavir. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/lopinavir-ritonavir-kaleta-mise-a-jour-09-07-2020.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et oseltamivir. Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/oseltamivir.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et thérapie passive par anticorps (plasma convalescent). Gouvernement du Québec, Québec (QC); 2020. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/covid-19/traitements-specifiques-a-la-covid-19/therapie-passive-par-anticorps-plasma-convalescent.html>
- Dourado E. Accelerating availability of vaccine candidates for COVID-19. 2020. Repéré à <https://www.mercatus.org/publications/covid-19-crisis-response/accelerating-availability-vaccine-candidates-covid-19>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines. 2020. Repéré à <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- Singh K, Mehta S. The clinical development process for a novel preventive vaccine: An overview. J Postgrad Med. 2016;62(4-11).
- BC Centre for Disease Control. Vaccine safety. 2020. Repéré à <http://www.bccdc.ca/health-professionals/clinical-resources/vaccine-safety>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). WHO director-general's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 19 octobre 2020. 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---19-october-2020>
- Frank K, Arim R. Canadians' willingness to get a COVID-19 vaccine: Group differences and reasons for vaccine hesitancy. 2020. Repéré à https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/45-28-0001/2020001/article/00073-eng.pdf?st=hSb_GU2U
- Thunström L, Ashworth M, Finnoff D, Newbold S. Hesitancy towards a COVID-19 vaccine and prospects for herd immunity. SSRN. 2020. Repéré à https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3593098
- Kouaou A. COVID-19 : voici quelques angles morts à surveiller, selon Joanne Liu. Radio-Canada. 2020. Repéré à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1730870/coronavirus-deuxieme-vague-communication-depistage-tracage-liu>

MERCI À NOS GÉNÉREUX PARTENAIRES

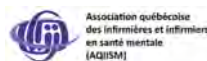
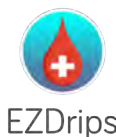
PARTENAIRES DE LA REVUE



PARTENAIRE ANNUEL DE L'AIUQ



NOS COLLABORATEURS



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

PROPOSEZ UN ARTICLE!

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

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

