perspective infirmière

Printemps 2021
Vol. 18 n° 2

ACFA

Changements climatiques et soins infirmiers

La science derrière une communication efficace

Finalistes Florence

États généraux de la profession

Semaine de la profession infirmière

Affiche détachable

BANQUE NATIONALE

Notre offre pour les infirmières et infirmiers devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages et privilèges à **bnc.ca**/infirmier

Fière partenaire de

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard[MD] Platine, *World Mastercard*[MD], *World Elite*[MD] de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. MD MASTERCARD, *WORLD MASTERCARD* et *WORLD ELITE* sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada.
© 2020 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

Ne gardez pas tout ça en dedans.

TRANSPLANT QUÉBEC
depuis 50 ans

Communiquez à vos proches votre volonté d'être donneur d'organes.

ditesle.ca

SOMMAIRE

Printemps 2021 – Vol. 18, nº 2

ÉDITORIAL

05 — Participation citoyenne aux États généraux de la profession infirmière : redéfinir collectivement la mise à contribution de notre expertise

PORTRAIT

16 — Maryse Ménard
Infirmière au 811 : le défi du virtuel

FONDATION

18 — Pour vivre plus longtemps en bonne santé

FINALISTES PRIX FLORENCE 2021

41 — 21 finalistes dans sept catégories

DÉONTOLOGIE

75 — La documentation des soins infirmiers : un devoir et une obligation déontologique

L'OIIQ VOUS RÉPOND

78 — Vaccination contre l'influenza et contre la COVID-19
Un portrait global des personnes et des professionnels impliqués

EN BREF

06 — Les États généraux de la profession infirmière
Trois infirmières partagent leur point de vue sur les enjeux de la profession

10 — L'œsophage de Barrett : une complication méconnue du reflux gastro-œsophagien

11 — IPS : nouvelles lignes directrices
Encadrer les changements législatifs et réglementaires permettant un meilleur accès aux soins

14 — Elizabeth Arpin
Faire résonner la voix des infirmières

PRATIQUE CLINIQUE

21 — Soins en périnatalité : le triage obstétrical
L'Échelle canadienne de triage et de gravité en obstétrique implantée dans des centres des naissances

26 — Le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique*

30 — La phlébotomie thérapeutique

PHARMACOVIGILANCE

32 — Les dernières lignes directrices dans le traitement de l'infection au *Clostridium difficile*

GESTION

36 — La science derrière une communication efficace et mémorable

À RETROUVER SUR OIIQ.ORG

En supplément de chaque numéro, vous retrouverez sur notre site Web d'autres contenus cliniques à **oiiq.org/articles-cliniques**.

D'ailleurs, vous pouvez consulter depuis le 12 mars divers articles sur la vaccination contre la COVID-19.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU
Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF
Caroline Baril

RESPONSABLE DE PRODUCTION
Isabelle Lacroix

GRAPHISME ET MISE EN PAGES
Mario Paquette

RÉVISEUR LINGUISTIQUE
Alexandre Roberge

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE
Isabelle Gagné et Luc Girard pour MissPixels

IMPRIMEUR
SOLISCO

PAGE COUVERTURE
© Stocksy / Juan Moyano

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU
Joanie Belleau, inf., M. Sc.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, **Développement et soutien professionnel**

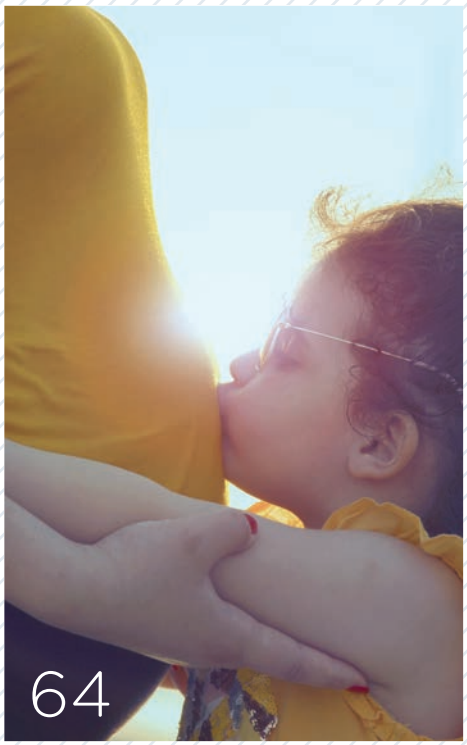
COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ, DIRECTION, DÉVELOPPEMENT ET SOUTIEN PROFESSIONNEL

Marie-Eve Arsenault, inf., B. Sc. inf.
Conseillère à la consultation professionnelle

Julie Gélinas, inf., B. Sc. inf., M. Éd.
Conseillère à la qualité de la pratique

ACFA

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU



64 — Les changements climatiques et les soins infirmiers : de la connaissance à la pratique

COLLABORATEURS
Marie-Eve Arsenault, inf., B. Sc. inf. – Joanie Belleau, inf., M. Sc. inf. – Dalila Benhaberou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Catherine Crépeau – Johanne Déry, inf., Ph. D. – Julie Gélinas, inf., B. Sc. inf., M. Éd. – Nathalie Grandoit, M. Sc. – Amélie Guay, M. Sc., ICP(c.) – Fiona Hanley, inf., B. A., B. Sc. inf., M. Sc. – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Martine Maillé, inf., M. Sc. adm. – Johanne Martel, inf., M. Sc. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. – Bruno Pilote, inf., M. Sc., Ph. D. – Sophie Roberge, inf., M. Sc. – Éric Roy, inf., B. Sc., LL. M. – Lyne Tremblay, inf., M. Sc. inf.

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

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

PUBLICITÉ
Julie Diamond
Communications
Courtier publicitaire

En collaboration avec
AGC Communications
514 509-9118

partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT
Michelle Dalphond

Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288
ventepublications@oiiq.org
https://www.oiiq.org/abonnement-pi

TARIFS pour 1 an
Canada : 16,28 $ taxes comprises
Autres pays : 73 $

Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

Pour les membres de l'OIIQ, il est possible de choisir de recevoir *Perspective infirmière* en version papier et/ou de recevoir une alerte par courriel de la publication de sa version PDF. Pour ce faire, les membres doivent cocher la ou les cases correspondant à leur choix dans les *Préférences de communication* de leur compte sur oiiq.org.

DÉPÔT LÉGAL 2021
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1708-1890
Répertorié dans *Repère, Cinahl, PubMed, CISMeF et BDSP*
N° d'enregistrement 9790
Parution : Printemps 2021
Convention de la Poste-publications
N° 40062569

CCAB BPA WORLDWIDE DIFFUSION
Diffusion 80 960 copies
(CCAB/BPA : septembre 2020)

Watchiya • Bonjour

ᒥᕐᐱᒋᔭᐅᓂᒃ ᐊᓈᓇᑭᒥᐧᑕᑭᓂᐢ
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages sociaux

- Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse et CMC*)
- 8 CMC
- Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val-d'Or
- Formation offerte pour les CMC
- Primes d'éloignement et de rétention offertes

Profil recherché

- Expérience en milieu hospitalier, santé communautaire, soins aigus ou en hémodialyse souhaitée
- Capacité d'adaptation
- Autonomie et sens des responsabilités
- Maturité professionnelle
- Maîtrise de l'Anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Faites parvenir votre curriculum vitae à:
jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca
T 1-877-562-2733
F 514-989-7495

www.santeterrescries.org/carrières

*Centre de Miyupimaatisiiun (santé) Communautaire

Participation citoyenne aux États généraux de la profession infirmière : redéfinir collectivement la mise à contribution de notre expertise

LUC MATHIEU, inf., D.B.A.
Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'accès aux soins de santé est un enjeu majeur au Québec. Depuis plusieurs années, l'OIIQ accroît ses démarches auprès du grand public afin de faire valoir l'apport des infirmières et infirmiers à l'offre de soins et au système de santé, lui qui en compte près de 78 000 – sa force vive. Plus d'une fois, nous l'avons soutenu publiquement : l'expertise infirmière est l'une des clés pour améliorer l'efficacité et l'efficience du réseau de la santé à prodiguer les soins de qualité et sécuritaires dont la population québécoise a tant besoin.

LA DÉMARCHE CITOYENNE

En préparation des États généraux de la profession infirmière qui auront lieu les 20 et 21 mai prochain, l'OIIQ met l'accent sur le dialogue en donnant la possibilité aux citoyens de se prononcer sur la façon dont on recourt à l'expertise infirmière – enjeu qui les concerne au premier chef. Pour ce faire, l'OIIQ a mandaté l'Institut du Nouveau Monde (INM), une organisation indépendante et non partisane qui a tout mis en œuvre pour donner la parole aux citoyens. Ainsi, au cours des mois de février et de mars, un groupe de citoyens, composé de 19 personnes sélectionnées par l'INM, s'est réuni en vue de se pencher sur la question.

« Croyez-vous que l'on puisse mieux recourir aux compétences infirmières pour mieux soigner? Si oui, à quelles conditions? Si non, pourquoi? » Ces questions ont guidé la réflexion du groupe de citoyens, qui a d'abord participé à des séances d'information avec des experts du système de santé, pour ensuite délibérer en sous-comité et formuler un avis destiné à alimenter la réflexion collective dans le cadre des États généraux. Il est important de préciser que la sélection des experts s'est effectuée sous la responsabilité de l'INM, qui a suggéré deux comités consultatifs composés, dans un cas, d'associations infirmières et, dans l'autre, de parties prenantes liées au monde de la santé. Ces deux comités ont été interpellés afin de valider le choix des experts qui iront à la rencontre des citoyens.

Dans le cadre des États généraux, les participants auront l'occasion d'entendre les recommandations des citoyens qui seront présentés aux deux commissaires en vue de l'élaboration du rapport final. Rappelons que toute la communauté infirmière et du monde de la santé a eu l'opportunité de contribuer à la consultation en déposant un commentaire, un avis ou un mémoire. Plusieurs des auteurs de mémoires ou d'avis ont été entendus sur invitation, au cours du mois d'avril, au cours d'audiences publiques, accessibles à tous et présidées par les commissaires Francine Ducharme et Robert Salois.

UNE DÉMARCHE QUI LAISSERA SA MARQUE

Investi de sa mission de protection du public, l'OIIQ déploie tous les efforts pour se rapprocher de ceux qui sont au cœur même de sa raison d'être, car c'est en construisant un rapprochement entre la population et notre profession et en intégrant la voix citoyenne que nous pourrons assurer la reconnaissance de notre expertise, tout en favorisant l'avancement de la profession et un meilleur accès aux soins de santé au plus grand bénéfice de tous. Il m'importe de préciser que cette première activité de l'OIIQ avec les citoyens est pour nous une source d'inspiration qui trouvera écho dans le déploiement de nos futures activités.

Les États généraux de la profession infirmière

Trois infirmières partagent leur point de vue sur les enjeux de la profession

Comment optimiser la contribution des infirmières au système de santé, compte tenu de leurs compétences uniques? Comment maximiser le recours aux pratiques innovantes et avancées dans les soins à la population? Comment adapter la formation infirmière pour mieux faire face aux défis du 21e siècle? Ce sont là les trois questions-phares qui seront débattues lors des États généraux de la profession infirmière les 20 et 21 mai prochain. Nous avons demandé à trois infirmières de répondre à l'une de ces trois questions.

par **LEÏLA ASSELMAN, Conseillère en communication**

JOHANNE DÉRY : DE L'IMPORTANCE D'OCCUPER PLEINEMENT LE CHAMP D'EXERCICE INFIRMIER

La question n'est pas anodine : dix-huit ans après que deux lois sont venues redéfinir le champ d'exercice infirmier, des recherches démontrent que tout juste la moitié des activités prévues en soins infirmiers est présentement réalisée. Pourtant, ces activités, telles que l'enseignement, la communication et la coordination des soins, ont vraiment une valeur ajoutée pour les patients et leur famille.

JOHANNE DÉRY, inf., Ph. D.
Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

Dans le cadre de vos travaux de recherche, vous établissez une distinction entre étendue de la pratique infirmière (ÉPI) et étendue effective de la pratique infirmière (ÉEPI). Quelle est la différence entre ces deux notions?

L'ÉPI renvoie à l'éventail des fonctions et responsabilités confiées légalement au personnel infirmier et pour lesquelles il détient la formation, les connaissances et les compétences. L'ÉEPI définit la pratique réelle des infirmières, c'est-à-dire l'éventail des fonctions et responsabilités effectivement déployées compte tenu des contraintes organisationnelles et individuelles.

Une fois cette distinction faite, vous avez évalué de façon quantitative l'ÉEPI. À quels résultats êtes-vous arrivée et quels constats avez-vous pu en tirer?

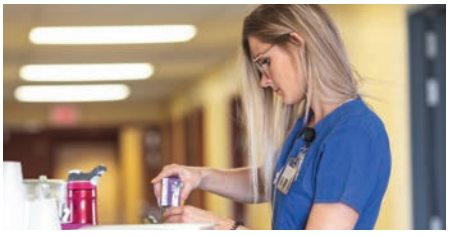
Ce que démontrent principalement mes travaux de recherche, c'est que pour diverses raisons, des activités centrales de notre profession — comme l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique — ne sont malheureusement pas réalisées de façon systématique. Pourtant, ces activités, qui ont une grande valeur ajoutée pour les patients et leur famille, sont essentielles à la qualité des soins, de même qu'à la satisfaction professionnelle des infirmières, deux enjeux majeurs dans notre système actuel.

Mes travaux montrent également que l'ÉEPI varie significativement entre les unités de soins, et aussi entre les infirmières travaillant dans une même unité : certains membres ne parviennent presque jamais à réaliser l'ensemble des activités qui font partie de leur ÉPI, tandis que d'autres les mettent presque toujours en pratique.

Quelles sont les causes de ce déploiement non optimal de l'ÉEPI?

L'organisation actuelle du travail, dans laquelle il existe peu de valorisation de l'expertise infirmière, est problématique. Mes travaux de recherche ont permis de déterminer trois problèmes majeurs :

- L'ambiguïté des rôles entre les infirmières cliniciennes, les infirmières et les infirmières auxiliaires;
- Le manque flagrant d'autonomie professionnelle;



VIGI santé

15 CENTRES D'HÉBERGEMENT (CHSLD) PRIVÉS CONVENTIONNÉS
Mêmes conditions de travail et salaires que ceux du RSSS

CADRE SUPÉRIEUR ET INTERMÉDIAIRE DU RSSS
AGENT(E) D'ACTIVITÉS CLINIQUES
ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
INFIRMIER(ÈRE) CHEF D'ÉQUIPE
CANDIDAT(E) À L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIER(ÈRE)

L'humain au cœur de notre agir. **www.vigisante.com**

- Le fait que les infirmières doivent effectuer quotidiennement une multitude de tâches de type « connexes », d'ordre administratif ou ménager, par exemple.

Les résultats de mes travaux ont aussi permis de démontrer que sans amélioration des conditions de travail actuelles, même le personnel infirmier expérimenté le mieux formé ne serait pas en mesure de déployer une ÉPI optimale.

Quelles pistes de solutions ont émergé de votre travail de recherche?
Il est impossible de demander aux infirmières de faire encore plus avec moins de ressources. Il faut donc faire autrement! Selon moi, les principales actions à poser seraient de :

- Revoir la composition des équipes de soins et les rôles de chaque intervenant;
- Revoir les champs d'exercice en conséquence;
- Mettre en place une organisation de travail permettant l'exercice d'une pratique infirmière autonome articulée autour des activités centrales de la profession.

À noter qu'il est impossible d'adopter une stratégie unique pour l'ensemble de l'établissement de soins. Il est crucial de travailler au niveau des unités de soins, en s'assurant de mobiliser le corps infirmier du milieu dans l'identification des problèmes et des stratégies à privilégier.

JESSICA RASSY : DE L'INNOVATION EN SOINS INFIRMIERS

Quotidiennement, la pratique infirmière doit évoluer et mettre de l'avant de nouvelles pratiques cliniques et des modèles d'organisation des soins différents, en plus d'encourager le développement de savoirs spécialisés.

JESSICA RASSY, inf., Ph. D.
Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

De quoi parle-t-on lorsque l'on fait référence à de l'innovation dans le cadre des soins infirmiers? Pouvez-vous nous donner un exemple qui vous touche personnellement?

L'innovation, c'est développer des pratiques novatrices à partir de son expérience clinique et des derniers résultats probants. C'est penser autrement, mettre des idées à l'essai et espérer un changement, le tout dans le but d'améliorer les soins offerts aux patients. C'est aussi partager, par des conférences ou par l'enseignement, nos innovations avec nos collègues afin d'améliorer la pratique infirmière à plus grande échelle. Pour ma part, j'avais le désir de mieux comprendre comment les personnes utilisent les technologies de l'information et des communications (ex. : moteurs de recherche, médias sociaux) lorsqu'elles ont des idées suicidaires, en vue d'aider les infirmières à mieux évaluer et intervenir auprès de cette clientèle. À ma grande surprise, ce projet a aidé non seulement les infirmières en ce sens, mais aussi de nombreux intervenants communautaires, psychologues, travailleurs sociaux et autres.

L'innovation est un concept large… Quelles formes peut-elle prendre?
L'innovation peut prendre autant de formes qu'il y a d'infirmières! Il peut s'agir de nouvelles façons de prodiguer des soins (ex. : mettre à l'essai de nouvelles interventions infirmières, développer des techniques de téléconsultation, créer des applications pour téléphone intelligent, concevoir un nouveau programme de formation). Il peut aussi s'agir de nouvelles façons d'intégrer les personnes dans leurs soins (ex. : autogestion de ses symptômes, travailler avec des patients partenaires, augmenter l'autonomisation des familles). Souvent, l'innovation naît d'un besoin que l'on identifie auprès de nos patients; la solution, quant à elle, est issue de notre expérience et des résultats probants.

Qu'est-ce qui, selon vous, fait des infirmières des vecteurs d'innovation tout désignés en matière de santé?
Je pense vraiment que les infirmières, par leur expertise, sont les mieux placées pour être des agents de changement au sein du réseau de la santé. Elles ont un rôle privilégié auprès de la personne, de sa famille ainsi que de l'équipe de soins. Ce n'est pas pour rien qu'elles gagnent, année après année, la confiance du public. Les infirmières comprennent bien les besoins des personnes, des familles et des communautés et peuvent ainsi grandement contribuer à trouver des solutions qui répondent spécifiquement à ces besoins.

D'après vous, quels sont les facteurs qui favorisent l'innovation en soins infirmiers?
Il y en a plusieurs, mais pour moi, le travail d'équipe et le réseautage sont indispensables à l'innovation. Il faut reconnaître l'expertise et l'apport de tous. Par experts, je parle d'abord et avant tout du patient et de sa famille. Il est aussi important, comme infirmière, de bien connaître son réseau et d'exercer son leadership afin de se faire des alliés avec qui on a des objectifs communs. Réseauter en dehors du « monde infirmier » permet aussi d'élargir ses opportunités et ses horizons. Cet aspect a pris tout son sens pour moi dans le cadre du développement du protocole SécUrgence, un protocole d'évaluation et de prise en charge des personnes à risque de suicide qui se présentent à l'urgence. Dans le but de mieux répondre aux besoins de ces personnes, il était nécessaire de comprendre la réalité de la personne et de sa famille, mais aussi celle de l'ensemble des acteurs-clés qui interagissent de près ou de loin avec l'urgence. Toutes ces personnes ont d'ailleurs été impliquées à chaque étape du projet, ce qui a permis d'avoir un meilleur portrait de la réalité terrain et des solutions qui peuvent être envisagées.

GABRIELLE GOYER-PÉTRIN : DE LA NÉCESSITÉ D'ADAPTER LA FORMATION INFIRMIÈRE AUX ENJEUX DU 21e SIÈCLE

Face à des environnements de soins en constante évolution et à des besoins en santé de plus en plus complexes, les infirmières doivent, dès le début de leur carrière, faire montre d'un jugement clinique sûr et ancré dans un raisonnement scientifique solide.

GABRIELLE GOYER-PÉTRIN, inf.
Infirmière clinicienne

Depuis plusieurs années, les besoins en santé augmentent et se complexifient, notamment en raison du vieillissement de la population, de la hausse des maladies chroniques, de l'utilisation de nouvelles technologies et des risques pandémiques. Compte tenu de cette nouvelle donne, comment voyez-vous le rôle de l'infirmière du 21e siècle?

Selon moi, le rôle de l'infirmière dans un contexte de besoins grandissants en santé fait appel à l'étendue de l'expertise des infirmières : prendre soin. Garantes de la dignité humaine dans toutes les étapes de la vie à travers les soins qu'elles prodiguent et la relation qu'elles établissent avec les patients, les infirmières sont à même de réfléchir aux phénomènes humains et sociétaux sous-jacents aux enjeux de santé, pour porter les intérêts et les droits des patients. En réaction aux besoins complexes en santé, les infirmières ont un rôle politique à jouer pour revendiquer davantage de soins et services en promotion de la santé, où celles-ci pourraient exercer avec une autonomie accrue en vue de contribuer à l'accès aux ressources pour la population. Toutes les facettes de l'expertise infirmière sont à mettre de l'avant afin de relever les défis

en santé dans les prochaines années. Que ce soit en étant aptes à réagir à des situations d'urgence, à évaluer la condition d'un patient, à s'ouvrir à la vulnérabilité des autres, à accompagner vers la mort, à accueillir sans jugement ou à avoir des pratiques de sécurisation culturelle, les infirmières accompagnent et accompagneront les personnes, les familles, les communautés au sein du système de santé.

En vous basant sur votre propre expérience, comment diriez-vous qu'il faut adapter la formation pour que les infirmières soient en mesure de relever ces défis?
La situation actuelle contraint des infirmières à changer de milieu de travail, pour se rendre dans des contextes bien loin de leur champ d'expertise habituel. Cela leur demande du leadership et des capacités d'adaptation qui sont aussi inhérentes à la pratique de la profession infirmière. Je pense que la profession infirmière ainsi que le réseau de la santé bénéficieraient d'une formation qui permet de développer davantage les compétences en leadership des futures infirmières. Un leadership à réinvestir dans les milieux de soins, mais aussi dans la sphère publique. Des apprentissages qui permettraient aux infirmières d'être plus sensibilisées quant aux enjeux sociaux qui sous-tendent les conditions et expériences de santé pour permettre l'action politique et la recherche de solutions s'attaquant aux racines des problèmes en santé.

On constate régulièrement, et encore plus dans le contexte de la pandémie de COVID-19, que des personnes nouvellement diplômées se retrouvent à exercer dans des domaines de soins auxquels elles n'ont pas été exposées durant leur formation. Selon vous, quel type de collaboration entre les maisons d'enseignement les milieux cliniques pourrait créer un meilleur arrimage?
La vaste étendue des milieux de pratique rend impossible l'exposition des infirmières en formation à tous les domaines de soins, et la situation actuelle dans le réseau de la santé ne permet pas toujours d'accueillir adéquatement les stagiaires partout. En se concertant, les maisons d'enseignement et les milieux cliniques sont en mesure d'identifier certains milieux de soins qui représentent bien la nature de la pratique dans un domaine donné de façon à permettre aux futures infirmières de développer des compétences et des connaissances propres à ce domaine.

Les infirmières sont très sollicitées. Comment les diverses parties prenantes peuvent-elles favoriser une culture de développement professionnel continu dans ces conditions?
Je pense qu'il est nécessaire de repenser la manière de faire de la formation continue actuellement afin de viser l'excellence pour la pratique des soins infirmiers. Surtout en temps de pandémie, il faut offrir de la formation flexible à même les milieux de soins; la formule magistrale qui demande de libérer les infirmières pour des journées complètes de travail n'est probablement pas optimale. Les technologies permettent aux infirmières de suivre des formations à distance à des moments qui leur conviennent. La formation continue doit être axée sur la pratique et être spécifique au milieu. Elle devrait s'inscrire au sein d'une trajectoire de développement professionnel avec des objectifs définis pour les recrues qui débutent sur une unité de soins. En concevant les apprentissages au sein d'un continuum tant dans la formation que dans la pratique, les milieux cliniques peuvent faire naître un sentiment d'accomplissement professionnel chez les infirmières qui deviennent de réelles expertes des soins spécifiques au milieu où elles pratiquent. ●

LES ÉTATS GÉNÉRAUX : UNE OCCASION D'INFLUENCER LA PROFESSSION

Les États généraux de la profession infirmière sont un événement fédérateur. Cela fait 25 ans qu'un tel chantier n'a pas eu lieu et le Québec a bien changé depuis, entre mutations sociales, progrès médicaux et crises sanitaires. Nous sommes donc à un point tournant qui commande de faire le point et d'entamer une réflexion commune afin de nous positionner sur les grands enjeux de l'avenir du système de santé et sur la contribution infirmière au sein de celui-ci. C'est d'une importance capitale sur le plan historique.

Information et inscription : oiiq.org/inscription

Droit au cœur
de votre avenir!

Au CISSS de la Montérégie-Centre, les étudiantes et les étudiants en soins infirmiers reçoivent un accueil personnalisé et un soutien clinique 24/7 leur permettant d'entreprendre leur carrière avec assurance.

Pour un emploi qui va droit au coeur :
nousrecrutons.ca

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre
Québec

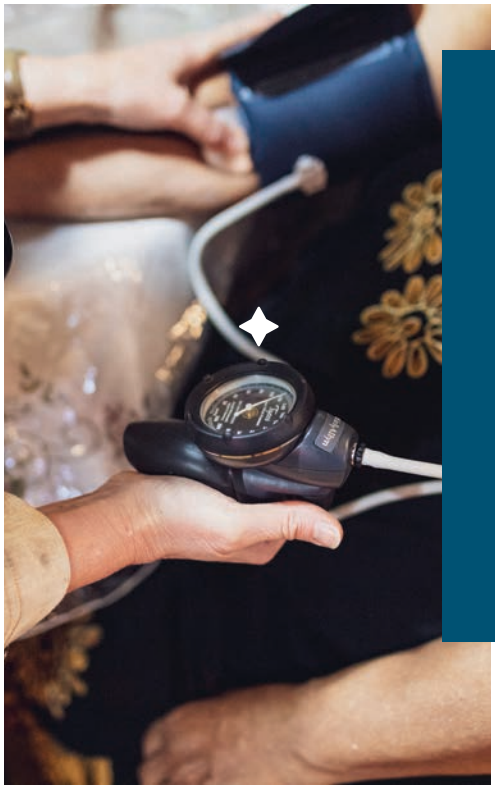
Une agence en pleine croissance dirigée par des infirmier(ère)s

15 ans à votre service

- Salaires très compétitifs
- Horaires flexibles
- Assurance collective complète
- Orientations offertes et rémunérées
- Formations RCR, ACLS, et plus...

24/7 agence de placement

Emplois partout au Québec | expertise24-7.com | 514-951-4381 sans frais: 1-855-951-4381



INSCRIVEZ-VOUS

Le programme de mentorat en soins palliatifs à domicile Croix Bleue du Québec[MD] est une **formation accréditée gratuite.**

Offerte par Nova Soins à domicile, elle est disponible par visioconférence ou en personne pour tout le personnel infirmier de la province.

nova
SOINS À DOMICILE ✦ HOME CARE

Pour vous inscrire ou obtenir plus d'information :

novasoinsadomicile.ca
/onglet FORMATION

EN BREF

L'œsophage de Barrett : une complication méconnue du reflux gastro-œsophagien

La Société canadienne du cancer définit l'œsophage de Barrett ou l'endobrachyœsophage (EBO) comme un état précancéreux. Cette maladie représente l'une des complications du reflux gastro-œsophagien chronique. L'un des risques de l'EBO est l'évolution vers l'adénocarcinome œsophagien, dont le taux de survie atteint 15 % au-delà de cinq ans.

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Le reflux gastro-œsophagien (RGO) est très fréquent, mais ne constitue pas moins une condition sévère lorsqu'il évolue. En effet, environ 15 % des personnes souffrant de la forme chronique du RGO risquent de voir leur pathologie progresser vers l'œsophage de Barrett (Schlottmann, Molena et Patti, 2018; Seewald, Bannwart, Müller, Sauter et Bertschinger, 2017). Dans les années 50, le docteur Norman Barrett, un chirurgien thoracique britannique, fut l'un des premiers à décrire cette anomalie structurelle de la muqueuse de l'œsophage – appelée « métaplasie » – et à en réparer la déchirure.

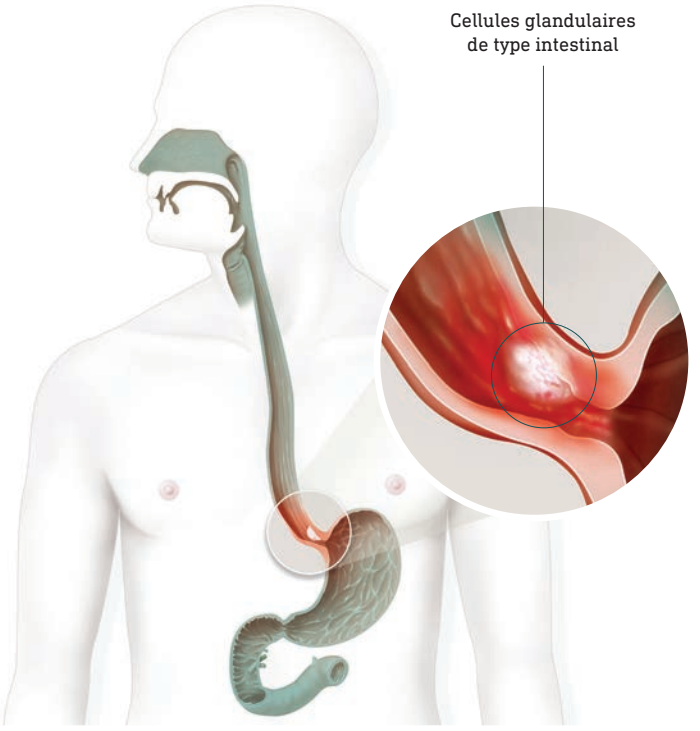
En 2021, le nombre exact de patients atteints n'est pas connu parce que l'EBO ne provoque parfois aucun symptôme. La prévalence est estimée entre 2 et 7 %, voire 10 % de la population adulte des pays occidentaux (Macías-García et Domínguez-Muñoz, 2016; Naini, Souza et Odze, 2016). Parmi les personnes souffrant de l'œsophage de Barrett, certaines développeront une sténose, un ulcère et, pour environ 0,5 % d'entre elles, un cancer œsophagien (Société canadienne du cancer, 2021). Le diagnostic est établi d'après les biopsies prélevées lors d'une gastroscopie, quand le tissu de la partie basse de l'œsophage a été remplacé par des cellules glandulaires de type intestinal (**Figure 1**).

L'œsophage de Barrett touche plus souvent les hommes que les femmes, habituellement vers l'âge de 50 ans. En plus d'un RGO chronique d'une durée de 5 à 10 ans, les patients présentent d'autres facteurs de risque comme l'obésité abdominale, le tabagisme et l'abus de substances irritantes (café, thé, alcool). Il existe une prédisposition génétique (Kuipers et Spaander, 2018).

La prise en charge thérapeutique de l'EBO dépend du stade de la métaplasie. Dans les cas précoces, un traitement anti-reflux, principalement par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), et une surveillance endoscopique sont préconisés pour prévenir le cancer. Lors de lésions de haut grade, le gastroentérologue procède à une résection endoscopique de la muqueuse et détruit la zone en cause par ablation par radiofréquence ou coagulation au plasma argon (Rees, Lao-Sirieix, Wong et Fitzgerald, 2010; Société canadienne du cancer, 2021). Des IPP sont prescrits pour maintenir la rémission (Inadomi et al., 2018). Dans les affections plus avancées, une exérèse chirurgicale partielle ou totale de l'œsophage est pratiquée.

La prévalence du RGO a augmenté de près de 50 % au cours des deux dernières décennies (Kuipers et Spaander, 2018). Cette recrudescence des cas aura un impact sur le nombre d'EBO, une maladie que les professionnels de la santé rencontreront de plus en plus fréquemment. ●

Figure 1
ŒSOPHAGE DE BARRETT



© Jacopin / bsip / Science Photo Library

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier le Dr Nadeem Hussain, gastro-entérologue au St. Joseph's Hospital et professeur associé à la Western University de London, en Ontario, pour sa relecture.

RÉFÉRENCES

Inadomi, J., Alastal, H., Bonavina, L., Gross, S., Hunt, R. H., Mashimo, H., ... Xie, S. (2018). «Recent advances in Barrett's esophagus». Annals of the New York Academy of Sciences, 1434(1), 227-238. Repéré à https://doi.org/10.1111/nyas.13909

Kuipers, E. J. et Spaander, M. C. (2018). «Natural history of Barrett's esophagus». Digestive Diseases and Sciences, 63(8), 1997-2004. Repéré à https://doi.org/10.1007/s10620-018-5161-x

Macías-García, F. et Domínguez-Muñoz, J. E. (2016). «Update on management of Barrett's esophagus». World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics, 7(2), 227. Repéré à https://doi.org/10.4292/wjgpt.v7.i2.227

Naini, B. V., Souza, R. F. et Odze, R. D. (2016). «Barrett's esophagus: A comprehensive and contemporary review for pathologists». The American Journal of Surgical Pathology, 40(5), e45-e66. Repéré à https://doi.org/10.1097/PAS.0000000000000598

Rees, J. R., Lao-Sirieix, P., Wong, A. et Fitzgerald, R. C. (2010). «Treatment for Barrett's oesophagus». Cochrane Database of Systematic Reviews, CD004060. Repéré à https://doi.org/10.1002/14651858.CD004060.pub2

Schlottmann, F., Molena, D. et Patti, M. G. (2018). «Gastroesophageal reflux and Barrett's esophagus: A pathway to esophageal adenocarcinoma». Updates in Surgery, 70(3), 339-342. Repéré à : https://doi.org/10.1007/s13304-018-0564-y

Seewald, S., Bannwart, F., Müller, A., Sauter, B. et Bertschinger, P. (2017). «Reflux gastroœsophagien et œsophage de Barrett». Forum Médical Suisse/Swiss Medical Forum, 17(6). Repéré à https://doi.org/10.4414/fms.2017.02797

Société canadienne du cancer. (2021). «Œsophage de Barrett». Repéré à http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/esophageal/esophageal-cancer/precancerous-conditions/?region=on

IPS : nouvelles lignes directrices

Encadrer les changements législatifs et réglementaires permettant un meilleur accès aux soins

par **MARTINE MAILLÉ, inf, M. Sc. adm., Directrice adjointe, Développement et qualité de la pratique et NATHALIE GRANDOIT, M. Sc., Conseillère principale en communication**

AVANCÉE HISTORIQUE ET RECONNAISSANCE DE L'EXPERTISE

Le 25 janvier dernier entraient en vigueur la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (Loi 6 de 2020) ainsi que la nouvelle réglementation encadrant la pratique des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS), soit le *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées*. Ces changements législatifs et réglementaires permettent à plus de 800 IPS détenant une inscription au Tableau de l'OIIQ d'exercer trois nouvelles activités professionnelles, lesquelles s'ajoutent aux cinq activités que pouvaient déjà exercer les IPS, en fonction de leur classe de spécialité respective et des conditions et modalités prévues au Règlement. Il s'agit donc d'une avancée en matière d'autonomie et de reconnaissance de l'expertise des IPS.

UN RÔLE DÉTERMINANT ET UNE VALEUR CERTAINE EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ

Les IPS sont des infirmières et infirmiers en pratique avancée qui peuvent répondre aux besoins grandissants et de plus en plus complexes des différentes clientèles. Les IPS peuvent être spécialisés en soins de première ligne, en néonatalogie, en santé mentale, en soins aux adultes ou en soins pédiatriques. En plus de pouvoir 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; et utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice, les IPS peuvent maintenant :

1. diagnostiquer des maladies;
2. déterminer des traitements médicaux;
3. effectuer le suivi de grossesses.

Les IPS contribuent grandement à améliorer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins et des services pour la population. Ils mettent en œuvre des activités de promotion de la santé, de prévention de la maladie et des blessures ainsi que de rétablissement de la personne. De plus, les compétences développées au cours de leur formation leur permettent maintenant d'exercer de façon autonome, et ce, dans un contexte de collaboration interprofessionnelle.

NOUVELLES LIGNES DIRECTRICES

Afin de répondre à sa mission de protection du public et d'accompagner les IPS dans leur pratique, l'OIIQ a jugé pertinent d'illustrer ces activités réservées de même que la réglementation qui les accompagne par le biais de lignes directrices. Précisons que ces lignes directrices ont pour objectif d'énoncer des règles et des directives qui, sans être exhaustives ni limitatives, servent à guider les IPS dans la compréhension de leurs activités réservées et de la réglementation qui l'encadre.

Cette nouvelle version des lignes directrices adopte une perspective générale et s'applique dorénavant à l'ensemble des IPS en fonction de leur classe de spécialité. Ce regroupement permet une meilleure compréhension des classes de spécialités entre elles ainsi qu'une collaboration professionnelle optimale au sein de la profession infirmière.

Il est à noter que les lignes directrices ne se substituent pas aux lois et règlements en vigueur et qu'elles n'abordent pas les aspects organisationnels, car elles sont complémentaires aux politiques ou règles mises en place dans les établissements de soins.

Les nouvelles lignes directrices sont donc maintenant disponibles et peuvent être consultées sur le site Web de l'OIIQ sous la section *Encadrement de la pratique des IPS*. D'autres aspects incontournables pour la pratique des IPS seront traités ultérieurement par le biais de chroniques ou de foires aux questions. Restez à l'affût des contenus à venir! ●

SURPIED
TOUT POUR LE SOIN DU PIED
SOFEDUC UEC

Formation pour débutants en soins des pieds donnée par des infirmières

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 12 à 15 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.
- Cours conçus pour les infirmières et infirmiers
- Méthodes pédagogiques variées, techniques audiovisuelles, livres guides inclus
- Information et soutien pour démarrage d'entreprise

FORMATION COMPLÈTE 160 heures
Reconnue par l'AIISPQ

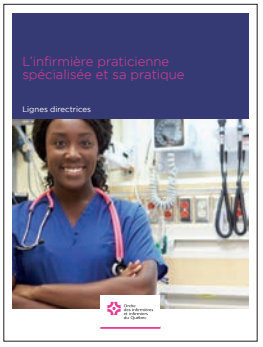
Prochains cours :
INTENSIF : 27 septembre 2021
ACCÉLÉRÉ : 7 septembre 2021
HEBDOMADAIRE : 9 septembre 2021

SURPIED.COM
514.990.8688
SANS FRAIS :
1.888.224.4197

SURPIED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Les formations de SURPIED peuvent donner droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC).

POUR EN SAVOIR PLUS

À consulter sous la section Encadrement de la pratique des IPS sur oiiq.org
- Lignes directrices
- Sommaire des nouveautés découlant de la Loi 6
- Loi sur les infirmières et les infirmiers modifiée
- Nouvelle réglementation encadrant la pratique de l'IPS



« Depuis 2006, l'OIIQ n'a cessé de mener des travaux intensifs en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Office des professions du Québec et le Collège des médecins du Québec afin de développer le rôle des IPS et d'optimiser leur contribution. L'aboutissement de cette démarche constitue une avancée historique. »

LUC MATHIEU, inf., D.B.A.
Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

REMERCIEMENTS

L'OIIQ tient à souligner l'apport des collaborateurs consultés dans le cadre de la réalisation de ces lignes directrices et à les remercier pour leur précieuse contribution.

LES COLLABORATEURS

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Centre universitaire de santé McGill
CHU de Québec-Université Laval
CHU Sainte-Justine
CISSS de Chaudière-Appalaches
CISSS de la Montérégie-Centre
CISSS de la Montérégie-Est
CISSS de la Montérégie-Ouest
CISSS de Laval
CISSS des Laurentides
CIUSSS de la Capitale-Nationale
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal
Collège des médecins du Québec
Comité consultatif sur la pratique de l'IPS
Direction nationale des soins et services infirmiers
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec à Rimouski
Université du Québec à Trois-Rivières
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Outaouais
Université McGill

LE COMITÉ DE LECTURE

Audrey Carrier, IPSSM
Audrey Grondin, IPSSP
Carl Lebel, IPSSP
Chantal Fortin, IPSSA
Christine Lapointe, IPSSA
Delphine Bourdeau Daveluy, IPSPL
Émilie Rondeau, IPSSP
Emmanuel Marier-Tétrault, IPSSA
Erhel Diard, IPSSM
Guillaume Éthier, IPSNN
Julie Robidoux, IPSPL
Karine Paquet, IPSSM
Marie-Christine Lemieux, IPSPL
Marie-Ève Beauchemin, IPSPL
Marie-Eve Moreau, IPSNN
Marie-Eve Ratté, IPSPL
Marie-Josée Henry, IPSPL
Maude Racine, IPSSA
Mélanie Gobeil, IPSPL
Mylène Boissy, IPSSM
Patricia Beaulac, IPSSM
Sandro Echaquan, IPSPL
Sarah Asselin, IPSNN
Véronique Dion, IPSPL
Vincent Berlinguette, IPSSM
Yannick Melançon Laître, IPSPL

35 MAISONS
À TRAVERS LE QUÉBEC

IL Y EN A UNE DANS VOTRE RÉGION QUI A BESOIN DE VOUS!

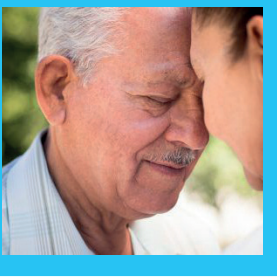
Alliance des maisons de soins palliatifs du Québec

Être au travail à la «Maison».
Là où le RESPECT et la BIENVEILLANCE prennent tout leur sens!

Ratio maximal de
1 infirmière|infirmière auxiliaire
pour 6 patients

Aucun temps supplémentaire obligatoire (TSO)

Postulez maintenant!
www.alliancemspq.com



POUVOIR PRENDRE
LE TEMPS
AUPRÈS
DES PATIENTS
ET POUR VOUS

Médicus

Savard | Oxybec | ORTHO service

Nouveau partenaire **OIIQ**

ORTHÈSES | COMPRESSION | APNÉE DU SOMMEIL | ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

OFFRE EXCLUSIVE

OBTENEZ 15% DE RABAIS

sur les bas de compression et les chaussures*

Tout pour votre confort au quotidien

BAS DE COMPRESSION

Conçus pour prévenir ou traiter l'inconfort et la douleur dus à une mauvaise circulation sanguine

CHAUSSURES SPÉCIALISÉES

Une bonne paire de chaussures est essentielle, pour des pieds actifs, bien soutenus et en tout confort

*L'offre de 15% de rabais offert aux membres de l'OIIQ est valide sur les bas de compression légers (15-20 mmHg) et les chaussures orthopédiques à prix régulier, excluant les produits sur-mesure et ceux nécessitant une prescription médicale. Sur présentation d'une carte de membre valide, au moment de l'achat.

1 888 448-4248

medicus.ca/sante

Elizabeth Arpin
Faire résonner la voix des infirmières

Entrée au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme conseillère spéciale à l'automne 2019, Elizabeth Arpin a rapidement gravi les échelons hiérarchiques de la fonction publique. Elle se retrouve aujourd'hui à la tête de la Direction nationale des soins et services infirmiers (DNSSI). Elle nous explique en quoi consistent sa mission et ses priorités pour 2021.

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

LA DNSSI AU SEIN DU MSSS

Même si les infirmières constituent le groupe professionnel le plus nombreux du réseau de la santé, elles n'étaient pas représentées au niveau gouvernemental jusqu'en 2011. C'est sous la tutelle du ministre de l'époque, le Dr Yves Bolduc, qu'est née la DNSSI, instance encadrée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et appelée alors la Direction nationale des soins infirmiers. Dans l'organigramme très complexe du MSSS, la DNSSI se trouve sous l'égide de la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP) de la Dre Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe. La DNSSI gère donc tous les dossiers concernant la profession infirmière à l'échelle provinciale.

La mission de la DNSSI aujourd'hui dirigée par Elizabeth Arpin[1] découle principalement des mandats d'organisation des services, de l'accès, de la qualité et de la pertinence de la DGAUMIP. « En fait, il s'agit de positionner adéquatement tous les soins infirmiers dans le réseau de la santé du Québec », souligne la directrice. Pour ce faire, l'équipe de la DNSSI s'occupe de structurer, de coordonner et de développer les soins et services infirmiers donnés à la population, en incluant bien sûr tous les autres membres de l'équipe infirmière que sont les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. « Notre rôle consiste à émettre des recommandations au gouvernement », souligne Mme Arpin. « Nous travaillons main dans la main avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans l'optique d'intégrer la pratique infirmière et d'augmenter l'accessibilité de la population aux soins et services de santé », précise la directrice. L'OIIQ, axé sur l'exercice de la pratique, représente un partenaire majeur. En résumé, l'un des rôles de la DNSSI revient à appuyer globalement l'ensemble des directions des soins infirmiers (DSI) du réseau, tout en respectant les orientations et les enjeux déterminés au niveau provincial.

L'ARRIVÉE À LA DNSSI

Après avoir occupé plusieurs postes d'infirmière clinicienne pendant une vingtaine d'années au Québec, mais aussi en Colombie-Britannique, en Alberta et en Suisse, Elizabeth Arpin a poursuivi ses études pour devenir gestionnaire. « Je me suis toujours intéressée à l'organisation des soins et j'ai eu la chance d'explorer d'autres systèmes en dehors du réseau québécois », explique Mme Arpin. Revenue au Québec, elle a fait ses premières armes comme chef de service au CHU Sainte-Justine, puis comme adjointe à la Direction de santé publique (DSP) au CISSS de Laval et finalement comme directrice adjointe des soins infirmiers de retour à Sainte-Justine. En 2019, elle est d'abord appelée en tant que conseillère spéciale au MSSS, puis occupe les fonctions de directrice des services hospitaliers. « J'ai intégré mon poste actuel à l'été 2020, en pleine pandémie », souligne Mme Arpin. À l'instar des deux directrices qui l'ont précédée, elle se dit motivée pour étendre le champ d'exercice infirmier et faire en sorte que les 17 activités réservées soient intégralement déployées. À cet effet, Elizabeth Arpin partage les informations et discute des enjeux de la profession infirmière avec toutes les DSI du réseau. « Tout notre travail est basé sur les données probantes et les consultations avec des experts », précise-t-elle. La force de son poste à la DNSSI consiste à exploiter tous les leviers disponibles à une plus large échelle.

Elle partage d'ailleurs plusieurs dossiers avec les autres directions du MSSS — la gestion de la main-d'œuvre, par exemple, pour relever les enjeux liés à la pénurie de personnel infirmier.

La collaboration étroite avec l'OIIQ et différents ordres professionnels en santé — Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et Collège des médecins (CMQ) — et l'Office des professions du Québec (OPQ) a permis de franchir des étapes cruciales. « Bien évidemment, nous participons au processus politique, mais le gouvernement a le dernier mot », déclare Mme Arpin, qui met de l'avant le leadership exercé par la DNSSI pour encadrer les pratiques organisationnelles et implanter des lignes directrices.

« Dans mes fonctions, je m'assure de bien arrimer toutes les décisions et les actions avec l'ensemble des DSI du réseau, car c'est le patient qui en bénéficie en fin de compte. »

ELIZABETH ARPIN
Directrice nationale des soins et services infirmiers
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

LES OBJECTIFS DE SON MANDAT

Depuis son entrée en fonction en août 2020, la priorité absolue demeure la gestion de la pandémie. Elizabeth Arpin, qui siège au Comité directeur clinique COVID-19 aux côtés du président de l'OIIQ, Luc Mathieu, explique que les décisions se prennent toujours en cohésion avec les bonnes pratiques professionnelles. Le travail au sein de ce comité composé de 32 membres occupe une très grande partie de son temps depuis le début de son mandat; de plus, du fait de sa connaissance des services hospitaliers, elle participe parallèlement au Sous-comité « Hospitalisation et procédures ». Mais la directrice précise qu'elle pilote également plusieurs dossiers majeurs.

Les dernières avancées sur le plan juridique, dont le projet de loi 43 sur les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), ont mené vers la *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* (Loi 6) et la nouvelle réglementation encadrant la pratique de l'IPS, entrées en vigueur le 25 janvier 2021. « Tous ces développements récents ont conduit à accélérer la mise en œuvre de la réglementation sur le terrain », explique Mme Arpin. Ce dossier demeure très actif entre la DNSSI et l'OIIQ qui s'associent avec les établissements où travaillent les quelque 800 IPS détenant une inscription au Tableau de l'Ordre. De la même façon, la question des soins palliatifs et des soins de fin de vie a exigé un grand effort de consultation et de coopération avec les organismes communautaires, notamment. « Nous souhaitons implanter un accès équitable à ces soins pour toute la population », souligne Elizabeth Arpin.

« L'ensemble des infirmières et infirmiers ont accompli un travail titanesque depuis le début de la pandémie. Ils doivent être fiers de leur expertise, du rôle essentiel qu'ils occupent et de leur immense contribution professionnelle et humaine à protéger et à soigner la population. »

La dispensation de ces soins se doit d'être préparée dans les meilleures conditions, et le déploiement des orientations continue dans le réseau de la santé et dans la communauté.

Poursuivant sa collaboration étroite avec les ordres professionnels, les institutions d'enseignement et les établissements de soins et de services de santé, M[me] Arpin n'a de cesse de soutenir et de valoriser la profession infirmière au quotidien. « Nous nous appliquons à appuyer les infirmières pour qu'elles puissent améliorer leur pratique », souligne-t-elle. Même si de nombreux intervenants sont impliqués au sein de la DNSSI, Elizabeth Arpin confirme que chacun partage un intérêt commun, conciliant ses spécificités et ses mandats dans une optique globale.

M[me] Arpin tient à exprimer sa profonde gratitude envers toutes les infirmières dont les compétences ont été mises en lumière au cours de la dernière année. Elles continuent de jouer un rôle-pivot, peu importe la clientèle et le milieu de soins, et ce, malgré le contexte général difficile. Les infirmières ont fait preuve de leadership et d'une capacité d'adaptation hors pair. Positive et optimiste, la directrice de la DNSSI souhaite poursuivre son mandat en maintenant le cap vers la pleine occupation du champ d'exercice. « Et cela passe par la valorisation de la profession à tous les niveaux », conclut-elle.

Elizabeth Arpin fait d'ailleurs partie du Comité consultatif des partenaires, qui s'intéresse à l'expertise infirmière et qui a validé les thèmes retenus lors des États généraux, lesquels auront lieu les 20 et 21 mai prochain. Une autre occasion de porter encore plus haut la voix des infirmières. ●

1 Danielle Fleury (2011-2015) et Sylvie Dubois (2016-2020) ont été les deux premières infirmières nommées à ce poste.

« C'est très stimulant. Il n'y a pas un jour qui est identique et pas un où je n'approfondis pas mes connaissances. Et quand une personne appelle, qu'elle est anxieuse, et que je parviens à la conseiller adéquatement et à faire en sorte qu'elle se sente rassurée et mieux outillée, c'est gratifiant. »

Maryse Ménard
Infirmière au 811 : le défi du virtuel

Chaque année, des milliers de Québécois composent le 811 pour recevoir un conseil santé. Au bout du fil, des centaines d'infirmières se démènent pour trouver la réponse adéquate à leurs préoccupations. Maryse Ménard est l'une d'entre elles.

par **CATHERINE CRÉPEAU**

Infirmière depuis plus de trente ans, Maryse Ménard est entrée au service d'aide téléphonique un peu par hasard, à la suite d'un déménagement. Après une quinzaine d'années dans les hôpitaux – où elle a travaillé dans presque tous les départements et occupé différentes fonctions –, ainsi que des passages en GMF et en soins à domicile, elle emménage en Mauricie avec l'idée de travailler en CLSC. On lui propose alors un poste à Info-Santé. Maryse Ménard y voit un défi stimulant. « Je trouvais la barre haute, mais comme j'aimais l'enseignement et que j'y voyais une pratique qui me permettait d'être autonome, j'ai accepté de relever le défi », explique-t-elle.

C'est que le rôle d'infirmière à Info-Santé est exigeant. Il demande des expériences cliniques diversifiées et une vaste étendue de connaissances théoriques et cliniques, explique Maryse Ménard. En ce sens, son parcours est représentatif de ce qui est recherché chez les postulantes. « L'expérience est un prérequis pour travailler à Info-Santé, car notre clientèle est diversifiée, allant de la naissance à 120 ans, avec toutes les problématiques que cela engendre. Peu de services desservent une clientèle qui présente un tel éventail de problématiques de santé », précise-t-elle.

UNE PRATIQUE EXIGEANTE

Les questions des usagers peuvent porter sur des sujets aussi variés qu'une grippe qui dure plusieurs jours, un mal de gorge, les conséquences d'une chute, le suivi d'une chirurgie d'un jour ou les soins palliatifs. Maryse Ménard et ses collègues doivent donc mettre à jour leurs connaissances au gré des saisons et de l'actualité médicale. Ainsi, depuis mars 2020, les questions sur les symptômes et les traitements de la COVID-19 dominent largement.

Si les questions sont presque toujours d'ordre général, certaines sont très spécifiques. « Parfois, nous sommes consultées pour des situations très spécifiques et pointues qui repoussent nos limites et nous font réfléchir, raconte Maryse Ménard. Ces situations sont gratifiantes et stimulantes, car elles nous permettent d'approfondir des connaissances et surtout, d'en développer de nouvelles. D'où l'importance de maintenir ses compétences professionnelles à jour. »

Il faut également tenir compte du volet enseignement à l'usager, qui demande de grandes habiletés de communication. Par exemple, les infirmières du 811 doivent souvent expliquer aux patients atteints de maladies chroniques comment prévenir des crises qui les amènent à téléphoner au service, l'inquiétude au ventre. « Il faut être en mesure de leur expliquer l'importance de suivre leur traitement, la façon de prendre leurs médicaments ou encore les précautions qui s'imposent pour éviter une dégradation de leur état, tout en étant rassurants », résume Maryse Ménard.

UNE ÉVALUATION À L'AVEUGLE

Le plus grand défi de l'infirmière du 811 est cependant de travailler à l'aveugle, la technologie actuelle ne permettant pas l'utilisation d'une caméra ou l'envoi de photos. Privée d'indices visuels, elle doit porter une attention particulière à la collecte des informations nécessaires à son évaluation. Elle doit questionner, clarifier, préciser, vérifier et approfondir les réponses de l'usager pour que tous deux en arrivent à une compréhension commune de la situation.

« Il ne faut jamais tenir pour acquise une information sans l'avoir validée, parce qu'entre ce que la personne exprime et ce que l'infirmière en comprend, il peut y avoir une grande différence. Par exemple, être étourdi ne veut pas dire la même chose pour tout le monde », explique Maryse Ménard. Le non-dit a aussi son importance. Un gémissement, un soupir, une respiration sifflante, de même que des pleurs à l'arrière quand une mère appelle pour son enfant sont autant d'indices qui contribuent à l'évaluation.

La représentation mentale que se fait l'infirmière d'un usager ne se limite toutefois pas à cette quête détaillée des signes et symptômes. Elle s'accompagne d'une compréhension de la réalité, des limites, des capacités et de l'unicité de la personne afin d'adapter les conseils donnés à son univers. « C'est la condition si nous voulons que les conseils soient respectés et que la satisfaction de l'usager soit au rendez-vous », estime Maryse Ménard, qui insiste sur l'importance de l'écoute et du jugement clinique.

© Pierre Longtin

Au quotidien, le travail demande une concentration constante pour éviter de se tourner vers l'évidence. Par exemple, penser immédiatement à la gastro-entérite, sans envisager d'autres avenues, lorsque survient une éclosion dans la population, raconte Maryse Ménard. « Avec 20 à 25 appels par jour, nous sortons d'une journée épuisées intellectuellement à force d'analyser et de faire des liens. » Sans compter les lectures scientifiques nécessaires au maintien des compétences.

Le service téléphonique a cependant ses limites et les infirmières sont souvent forcées d'orienter les patients vers d'autres ressources, que ce soit la ligne Coronavirus/COVID-19, l'urgence de l'hôpital ou une clinique sans rendez-vous. « Parfois, nous nous sentons impuissantes et n'arrivons pas à identifier de quoi souffre la personne en ligne, mais nous sommes au moins en mesure d'évaluer la gravité de la situation. »

D'ailleurs, lorsqu'une référence est nécessaire, les infirmières peuvent compter sur un répertoire de ressources en santé mentale et de cliniques acceptant des patients sans rendez-vous, pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille.

UN TRAVAIL D'ÉQUIPE

Bien qu'elles soient seules en ligne, les infirmières bénéficient du soutien de leurs collègues à qui elles peuvent demander conseil, en cas de besoin. « Nous nous soutenons énormément et misons sur les compétences des membres de l'équipe, qui ont une expertise diversifiée dans différents domaines », explique celle qui consacre désormais l'essentiel de son temps à soutenir ses collègues et à faire des recherches supplémentaires pour elles lorsqu'une question épineuse survient.

En effet, à titre de conseillère, Maryse Ménard a maintenant délaissé les appels quotidiens pour se concentrer sur la supervision des infirmières, les liens avec les partenaires d'Info-Santé, dont la santé publique, le soutien aux infirmières et la formation des nouvelles recrues. Il lui arrive toutefois de répondre au téléphone lorsque l'équipe est débordée pour garder le contact avec les usagers.

Les infirmières du 811 peuvent aussi compter sur des protocoles, des lignes directrices, des avis de santé publique et plus de 400 liens et hyperliens vers des données cliniques – des outils qui ne remplacent toutefois pas le processus clinique, insiste Maryse Ménard.

« Les protocoles sont des soutiens à l'intervention téléphonique. Ils sont utilisés après une collecte de données précise, pertinente et pointue et une fois que le processus cognitif d'analyse de la situation est bien établi. D'ailleurs, plusieurs articles scientifiques mentionnent que l'infirmière travaillant à distance doit avoir un raisonnement clinique bien développé. »

Pour Maryse Ménard, il est d'autant plus important de s'assurer que le tour de la situation a été fait adéquatement puisque lorsque l'infirmière d'Info-Santé raccroche, il n'y a pas d'autre professionnel de la santé qui intervient dans le dossier, à moins d'une référence en présentiel. ●

ÉTUDIER EN
SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UdeS
DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT EN PASSANT PAR LA FORMATION CONTINUE

USherbrooke.ca/carriere-infirmiere

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Je clique.
Je donne.
Nous soignons!

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

Faites comme eux : misez sur l'expertise infirmière en faisant un don.

Campagne annuelle 2021

Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec | *Pour mieux soigner.*

fondationoiiq.org

Pour vivre plus longtemps en bonne santé

LYNE TREMBLAY, inf., M. Sc. inf.
Présidente de la Fondation de l'OIIQ

La pandémie de COVID-19 a mis à rude épreuve l'ensemble des infirmières et infirmiers du Québec depuis plus d'un an. Le combat pour lutter contre la propagation du virus n'est malheureusement pas terminé au moment où vous lirez ces quelques lignes. Dans ce contexte et parce que nos énergies continuent d'être déployées au front, je vous avais annoncé en septembre dernier qu'exceptionnellement, la Fondation de l'OIIQ ne ferait pas d'appel de candidatures pour 2021 dans le cadre du programme *Pour mieux soigner*[1] et pour le *prix Coup de cœur leadership*[2].

Certains de nos projets et de nos événements ont dû être reportés, mais nos actions et nos efforts pour faire avancer la profession infirmière continuent plus que jamais! Ainsi, au nom de la Fondation de l'OIIQ, j'ai le plaisir de vous dire que notre mission continue et que nous allons octroyer cette année des subventions qui permettront de faire reconnaître l'expertise infirmière d'une autre façon.

PRIX DE RECONNAISSANCE RÉGIONALE : UN RAYONNEMENT DE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE DANS TOUTES LES RÉGIONS DU QUÉBEC

Je suis ravie de vous annoncer que la Fondation de l'OIIQ, en collaboration étroite avec les douze ordres régionaux de l'OIIQ, ont mis sur pied le **Prix de Reconnaissance régionale**, offert exceptionnellement en 2021. Ce prix, qui s'accompagne d'une bourse de 10 000 $, a pour but de reconnaître, dans toutes les régions du Québec, des organismes qui se sont distingués par leurs initiatives et leurs activités permettant de mettre en valeur l'expertise de la profession infirmière. L'appui financier a pour but notamment d'assurer aux récipiendaires la continuité des services offerts, ainsi que de créer ou d'élargir l'offre de services en soins infirmiers. Tout au long de l'année, nous irons à la rencontre de ces organismes lauréats pour vous partager leurs bons coups et leurs expertises en soins infirmiers pour mieux soigner la population québécoise. Restez à l'affût sur le site Web de la Fondation[3].

BOURSE D'ÉTUDES NOËLLETTE DROUIN : SOUTENIR LA RELÈVE INFIRMIÈRE EN HOMMAGE À UNE PERSONNALITÉ AU GRAND CŒUR

Grâce à l'initiative et au don généreux de MM. Mario et André Drouin, neveux de Mme Noëllette Drouin, la Fondation a l'honneur de vous présenter la bourse d'études qui portera son nom pour lui rendre un hommage particulier. À la suite du décès de Mme Drouin en 2019, ses neveux souhaitent que la personnalité et le parcours atypique de cette infirmière au grand cœur soient source d'inspiration pour des membres de la relève infirmière du Québec.

Ce soutien financier, réparti en deux bourses de 10 000 $, sera destiné aux étudiantes et étudiants finissants du programme de baccalauréat en sciences infirmières dans l'objectif de souligner l'engagement, la vivacité et la personnalité hors du commun de cette infirmière inspirante, que je vous invite à découvrir sans plus attendre à travers son portrait présenté sur le site Web de la Fondation[3].

LA SOIRÉE FLORENCE EN DIRECT DE VOTRE UNIVERS, ANIMÉE PAR FRANCE BEAUDOIN ET SES INVITÉS : UN ÉVÉNEMENT VIRTUEL À NE PAS MANQUER LE 6 MAI 2021!

Enfin, je souhaite vous lancer une invitation. Parce qu'il est plus important que jamais de souligner le travail des infirmières et infirmiers, la Soirée Florence, l'événement-bénéfice annuel de la Fondation[4] alliant fierté et générosité, est de retour en 2021!

En raison du contexte inhabituel, l'événement a été entièrement repensé afin que nous puissions nous conformer aux mesures sanitaires et ainsi, prendre soin de tous.

Animée par France Beaudoin et ses invités, la Soirée Florence soulignera le parcours impressionnant des 21 finalistes des prix Florence. Plus accessible que jamais avec des billets à seulement 20 $, elle sera pour la première fois retransmise en direct à toutes les personnes inscrites.

Artistes mystères, danseurs, choristes et orchestre viendront également animer la soirée.

C'est une occasion unique de participer à ce grand rendez-vous annuel qui célébrera l'expertise infirmière et rendra hommage aux infirmières et infirmiers pour leur travail durant la pandémie, le tout au profit de la Fondation.

Si vous ne pouvez pas participer, vous avez la possibilité de faire un don à la Fondation de l'OIIQ[5] pour soutenir le développement de projets qui contribuent à améliorer la qualité des soins infirmiers prodigués aux Québécois. Les projets et les actions que nous sommes en mesure d'effectuer ne seraient pas possibles sans le soutien et la grande générosité de donateurs. C'est ainsi que nous pouvons continuer à faire progresser la mission de la Fondation.

Soyons fiers de notre profession, soyons fiers de notre Fondation! ●

1 http://www.fondationoiiq.org/nos-projets
2 http://www.fondationoiiq.org/projets-et-subventions/coup-de-coeur-leadership
3 http://www.fondationoiiq.org/
4 http://www.fondationoiiq.org/soiree-florence-2021
5 https://interland3.donorperfect.net/weblink/weblinkaspx?name=fresiq&id=1&_ga=2.108734018.1727406300.1613408139-121175072.1596826687

CERCLE DES LEADERS DE LA SANTÉ 2020

Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec | *Pour mieux soigner.*

Le Cercle des leaders de la santé regroupe des gens qui ont fait un don de 250 $ ou plus au courant de l'année 2020 afin de soutenir l'avancement de la profession infirmière et des soins de santé au Québec.

Participez à ce mouvement collectif et devenez, vous aussi, un leader de la santé.

Pour en savoir plus : fondationoiiq.org/leaders

Merci aux donateurs pour votre générosité.

Banque Nationale	Luc Mathieu
Denise Beaulieu	Philippe Maurice
Louise Bélanger	Lynne McVey
Gertrude Bourdon	Miss Me
Ginette Brunelle	Richard Morin
Cartier	Guylaine Morin
Lyne Cloutier	Nicholas Musafili
Louise Compagna	Patricia O'Connor
Connor, Clark & Lunn Foundation	Jeannine Pélland
Sylvie Cossette	Carolyn Pepler
José Côté	Marie-Eve Ratté
Françoise Courville	Marie-Claire Richer
Manon Couture	Audrey Robillard
Joan Dickison Foster	Lia Sanzone
Mario Dion	Diane Sicard Guindon
Odette Doyon	TD Assurance
Sylvie Gendron	Vincent Thibeault-Côté
Denise Gravel	Lyne Tremblay
Lucille Juneau	Université de Montréal — Faculté des sciences infirmières
La Capitale Assurances générales	Basma Youssef
Hélène Lefèbvre	Kelly Zellinger
Monique Lemieux	Dons individuels anonymes (8)
Hugo Loiselle	Dons d'entreprises anonymes (7)
Bertrand Lortie	
Lussier Dale Parizeau	

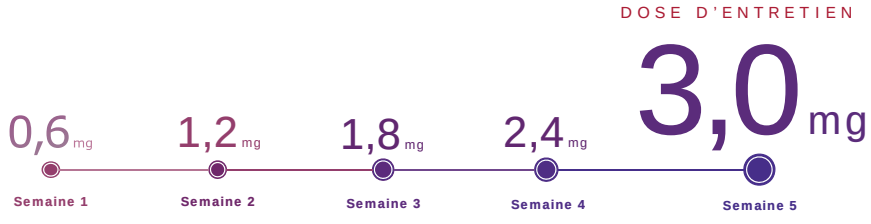
Merci à nos grands partenaires.

Pr Saxenda®
liraglutide

Aidez vos patients à commencer avec Saxenda®

Posologie simple une fois par jour à tout moment de la journée, indépendamment des repas

Les patients doivent augmenter progressivement la dose pour atteindre la dose d'entretien de 3,0 mg/jour



1 f.p.j. = une fois par jour.

- Saxenda® peut être pris à tout moment de la journée, indépendamment des repas.
- Le traitement par Saxenda® doit être interrompu après 12 semaines à la dose de 3,0 mg/jour si le patient n'a pas perdu au moins 5 % de son poids initial.
- Le calendrier d'augmentation de la dose doit être utilisé pour réduire la probabilité de symptômes gastro-intestinaux.

Veuillez consulter la monographie de produit pour obtenir les renseignements complets sur la posologie et l'administration du produit.

Pour en savoir plus sur Saxenda®, y compris la posologie, l'administration, et pour obtenir des conseils sur la prise en charge des effets secondaires, **visitez SaxendaHCP.ca/fr.**

Saxenda® (liraglutide) est indiqué comme adjuvant à un régime alimentaire réduit en calories et à une activité physique accrue pour la prise en charge du poids à long terme chez les patients adultes ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial de[1] :

• 30 kg/m² ou plus (obèse), ou

• 27 kg/m² ou plus (surpoids) en présence d'au moins une maladie liée au poids (comme l'hypertension, le diabète de type 2 ou la dyslipidémie) et après l'échec d'une intervention de gestion du poids.

Consulter la monographie de produit au https://caf.novonordisk.ca/content/dam/Canada/AFFILIATE/caf-novonordisk-ca/OurProducts/documents/Saxenda_PM_French.pdf pour obtenir plus de renseignements sur les conditions d'utilisation clinique, les contre-indications, les mises en garde et précautions, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements sur la posologie.

Vous pouvez aussi vous procurer la monographie de produit en appelant Novo Nordisk au 1 800 465-4334.

Référence :

1. Monographie de produit de Saxenda®. Novo Nordisk Canada Inc. 12 juillet 2017.

novo nordisk®

Saxenda® est une marque déposée de Novo Nordisk A/S et est utilisée sous licence par Novo Nordisk Canada Inc.
Novo Nordisk Canada Inc., tél. : 905 629-4222 ou 1 800 465-4334. www.novonordisk.ca
www.novonordisk.ca
© Novo Nordisk Canada Inc.

CA20SX00067F

MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

RÉVISÉ PAR CCPP

Pr Saxenda®
liraglutide

© Shutterstock / Ermolaev Alexander

Soins en périnatalité : le triage obstétrical

L'Échelle canadienne de triage et de gravité en obstétrique implantée dans des centres des naissances.

Les femmes enceintes, tout comme beaucoup d'autres, ont souvent recours aux urgences pour obtenir une consultation médicale. Pour répondre à cette demande, des unités de triage ont été créées dans des centres des naissance afin de pouvoir leur offrir une évaluation 24/7 (Angelini, 2013).

par **AMÉLIE GUAY, M. Sc., ICP (c.)**

Bien que peu d'écrits existent sur le triage obstétrical, celui-ci s'impose comme un standard de pratique en soins infirmiers en périnatalité (Angelini et Howard, 2014). Les associations spécialisées en obstétrique se sont basées sur le modèle de triage utilisé dans les services d'urgence pour émettre leurs recommandations.

Cet article traite des données relatives à cette nouvelle tendance qui consiste à intégrer le triage obstétrical dans les centres des naissances. Il présente l'échelle canadienne de triage et de gravité en obstétrique (ETGO), le processus du triage obstétrical et les grandes lignes de son implantation.

LE TRIAGE OBSTÉTRICAL

Sous la responsabilité de l'infirmière, le triage obstétrical permet d'assigner un niveau de priorité de soin basé sur les besoins cliniques identifiés lors d'une évaluation brève, systématique, maternelle et fœtale. Ce niveau de priorité détermine le délai dans lequel une patiente doit être vue par un professionnel autorisé, soit médecin, sage-femme ou infirmière praticienne spécialisée.

Tout comme le triage dans les urgences, le triage obstétrical est sous la responsabilité d'une infirmière. Elle est la première à évaluer la patiente et à déceler des signes de possibles complications chez la mère et le fœtus (AWHONN, 2014). Son évaluation lui permet d'identifier leurs besoins. Il s'agit d'une activité réservée de l'infirmière, soit l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Basée sur ses connaissances théoriques, son expérience clinique, sa capacité d'analyse et son jugement clinique, l'évaluation de l'infirmière établit le niveau de priorité de la prise en charge et dicte les actions réalisées au triage (OIIQ/CMQ, 2019).

Dans les centres des naissances, le triage accueille des patientes qui se retrouvent dans des situations plus ou moins urgentes, du moment qu'elles sont enceintes. Ainsi, pour 100 accouchements dans un centre des naissances, on compte 120 à 150 visites au triage, certaines patientes s'y présentant à plusieurs reprises pendant leur grossesse (AWHONN, 2011). Parmi ces patientes, 50 % sont admises dans un des départements du centre des naissances (Guay et Semenic, à venir). Les raisons de consultation sont variées et les conditions de santé, imprévisibles, parfois même instables (Angelini, 2013). Ces patientes sont à risque élevé et peuvent présenter des problèmes graves, complexes et multi-systémiques, tout comme en soins critiques (Angelini, 2013; Milhomme, Gagnon et Lechasseur, 2018).

Un processus systématique

Les risques potentiels associés au triage sont bien répertoriés dans la littérature. Parmi eux on liste les délais, les évaluations incorrectes telles que ne pas reconnaître un travail prématuré, ainsi que les mauvaises communications, comme une documentation inexistante ou des rapports inter-quarts incomplets (Angelini, 2013).

Les études démontrent qu'en l'absence d'un processus systématique, les patientes qui se retrouvent dans des conditions urgentes ne sont pas évaluées assez rapidement, alors que celles dont la prise en charge est moins urgente sont vues plus vite que nécessaire (Paisley, Wallace et DuRant, 2011). Il a été prouvé qu'une échelle d'acuité permet d'évaluer les patientes en fonction de l'urgence de leur condition de santé plutôt qu'en fonction de l'heure de leur arrivée (Smithson et al., 2013). Une évaluation adéquate respectant les délais recommandés est impérative pour garantir la sécurité et l'efficacité du processus de triage.

Encadré 1
ORDRE D'ASSIGNATION D'UNE PRIORITÉ ETGO LORS DE L'ÉVALUATION INITIALE

1	L'infirmière constate la raison de consultation invoquée par la patiente. Elle lui décerne automatiquement une priorité minimale selon le stade périnatal.
2	L'infirmière considère ensuite l'ensemble des signes et des symptômes fœto-maternaux présents et l'histoire obstétricale de la patiente pour augmenter la priorité. Elle ne peut jamais être diminuée.
3	En se basant sur son jugement clinique, l'infirmière évalue si d'autres facteurs modificateurs doivent être pris en compte et, le cas échéant, augmente la priorité.

Encadré 2
LIEUX DE REDIRECTION DE LA PATIENTE APRÈS L'ÉVALUATION INITIALE

Aire d'hospitalisation pour une admission immédiate
Salle d'observation et de traitements pour : • évaluation complète • interventions et examens selon les protocoles infirmiers et les ordonnances collectives • prise en charge médicale immédiate
Aire d'attente
Ressources internes (ex. : urgence) ou externes selon les ententes établies

Sources : CHUM, 2019; LHSC, 2010; Murray et al., 2005

Les centres des naissances, comme bien d'autres unités, ont des ressources humaines et financières limitées (Paul, Jordan, Duty et Engstrom, 2013). Un processus de triage systématique utilisant une échelle de priorisation permet d'évaluer efficacement les patientes, d'améliorer le flux et d'utiliser diligemment les ressources en évitant les admissions inutiles et les coûts associés (Angelini, 2013).

De plus, un processus de triage efficace réduit le temps de séjour à l'hôpital, augmente la satisfaction des patientes (Evans, Watts et Gratton, 2015) et diminue également le séjour au triage des cas moins urgents, soit de 43 % pour ceux en priorité 4 et de 34 %, en priorité 5 (Smithson et al., 2013).

Enfin, l'implantation d'une échelle de triage obstétricale permet de calculer le niveau d'acuité de l'unité selon les quarts de travail et d'évaluer le flux des patientes et la durée de leur séjour selon chacune des priorités attribuées (LHSC, 2013), ce qui facilite la planification des ressources humaines – un casse-tête pour les centres des naissances caractérisés par l'imprévisibilité de leur clientèle (Paul et al., 2013).

L'ÉCHELLE CANADIENNE DE TRIAGE OBSTÉTRICAL

Les échelles de triage sont bien implantées dans les départements d'urgence. Depuis 1999, l'*Échelle canadienne de triage et de gravité* (ETG) est couramment utilisée dans les urgences à travers le Canada (Murray, Bullard et Grafstein, 2005). Cependant, l'ETG ne prévoit que peu de déterminants propres à l'obstétrique (HSO, 2021).

À ce jour, très peu d'échelles ont été développées spécifiquement pour l'obstétrique. Une échelle canadienne pour les patientes obstétricales a été créée en 2012 par l'équipe infirmière et médicale du *London Health Sciences Centre* (LHSC), en Ontario. Elle est connue sous le nom d'*Échelle de triage et de gravité en obstétrique* (ETGO). Basée sur l'ETG, elle vise à assurer l'efficacité et l'harmonisation de la priorisation des patientes se présentant aux unités de triage obstétrical (LHSC, 2013) (**Encadré 1**).

L'ETGO propose cinq niveaux de gravité selon la raison de consultation invoquée par la patiente, pour déterminer la priorité et le processus à suivre. L'ETGO considère également cinq critères : l'âge gestationnel, les signes et symptômes, l'état des membranes, la présence de saignement et les plaintes obstétricales communes. Elle est la première échelle de gravité obstétricale dont la validité et la fidélité ont été établies (Gratton et al., 2016).

Tableau 1
L'ÉVALUATION RAPIDE (QUICK LOOK BONIFIÉ) INCLUT

1	Apparence générale (y compris efforts expulsifs)
2	ABCD - Airway (voies respiratoires), Breathing (respiration), Circulation (circulation) et Disability (déficit neurologique et état de conscience)
3	Raison de consultation (antécédents reliés)
4	Mouvements fœtaux
5	Âge gestationnel

Source : CHUM, 2019.

Depuis la création de cette échelle, un comité national de travail interdisciplinaire sur le triage obstétrical a été formé. Regroupant des experts à travers le Canada, il s'assure que l'ETGO est utilisée de façon adéquate et uniforme à travers le pays. Ses membres collaborent également à sa révision périodique.

Un membre du comité canadien de l'ETG a aussi contribué à la dernière révision de l'ETGO. Cette nouvelle version (2016) comprend davantage de situations cliniques. Des modificateurs de l'acuité incluant les signes d'alertes précoces de la population obstétricale fondés sur l'hémodynamique, la détresse respiratoire, le bien-être fœtal et la dilatation du col sont maintenant considérés. Des volets spécifiques pour les femmes de 12 à 20 semaines gestationnelles ainsi que pour le post-partum ont été créés (Gratton et al., 2016). Enfin, tout comme l'ETG, l'ETGO ne peut être modifiée par les centres et les professionnels qui l'utilisent. Les lignes directrices du triage à l'urgence publiées conjointement par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ) prévoient d'ailleurs que toute modification locale déroge aux bonnes pratiques et les responsables en sont imputables (OIIQ/CMQ, 2019).

LE PROCESSUS DU TRIAGE OBSTÉTRICAL

Il existe un parallèle entre le triage obstétrical et celui de l'urgence. Bien que la majorité des éléments soient les mêmes, le triage obstétrical comporte toutefois des différences. La première, non négligeable, est l'inclusion du fœtus dans le processus d'évaluation, ce qui limite la fiabilité de l'évaluation visuelle rapide (*quick look*). En effet, la condition de santé de la mère peut sembler non urgente, alors que celle du fœtus requiert une attention médicale immédiate.

Le triage à l'urgence comporte trois étapes : l'évaluation visuelle rapide, l'évaluation brève et l'évaluation complète. Les délais entre ces étapes dépendent notamment de la condition de santé du patient.

Le triage obstétrical, quant à lui, s'effectue principalement en deux étapes, soit l'évaluation initiale et l'évaluation complète. Dans certaines situations, une évaluation rapide dite « bonifiée » de la patiente et de son fœtus précédera l'évaluation initiale.

L'ÉVALUATION RAPIDE DITE « BONIFIÉE »

L'évaluation rapide dite « bonifiée » sert à repérer rapidement les prises en charge urgentes dans les cas, par exemple, où plusieurs patientes sont en attente et que le délai au triage dépasse dix minutes. Elle est dite « bonifiée » parce qu'elle tient compte de l'âge gestationnel et des mouvements fœtaux (**Tableau 1**).

Si l'infirmière soupçonne un problème sérieux, elle procédera immédiatement à l'évaluation initiale de la patiente ou la dirigera vers l'aire d'observation et de traitements pour une prise en charge médicale.

Il ne faut jamais retarder la prise en charge et les soins urgents. L'évaluation peut être complétée subséquemment et les informations, recueillies au fur et à mesure (OIIQ/CMQ, 2019).

L'évaluation initiale

L'évaluation initiale tient compte de la raison de consultation et des symptômes fœto-maternaux (LHSC, 2010). Elle devrait se faire dans une salle de type consultation (**Tableau 2**).

L'infirmière doit recueillir elle-même les informations et les données médicales, même si elles ont été préalablement relevées au bureau du médecin, à la maison ou par les ambulanciers (OIIQ/CMQ, 2019).

Tableau 2
L'ÉVALUATION INITIALE INCLUT

1	Dépistage relatif à la prévention des infections (contagieuses et respiratoires)
2	Raison de consultation (évaluation selon le questionnaire PQRSTU - Provoquer/Pallier, Qualité/Quantité, Région et irradiation, Signes et symptômes associés, Temps, *Understanding* (perception ou compréhension de la patiente)
3	État du fœtus • Mouvements fœtaux • Cœur fœtal (CF) par auscultation • Présentation fœtale (si en travail)
4	État maternel • Évaluation des contractions et palpation utérine • Présence de pression vaginale ou rectale (si pertinent) • État des membranes/perte de liquide • Saignement vaginal • Signes vitaux complets • Évaluation de la douleur (si patiente en travail, évaluer sa tolérance et le mécanisme d'adaptation [*coping*]) • Autre évaluation objective - Degré de détresse - Examen physique supplémentaire si pertinent (ex. : examen pulmonaire ou abdominal)
5	Histoire de la grossesse : • Gravida (nombre de grossesses), para (nombre d'accouchements), avorta (nombre d'avortements et d'accouchements avant 20 semaines) • Date prévue de l'accouchement (DPA)/âge gestationnel • Facteurs de risque - Problèmes de grossesse suivis en GARE (grossesse à risque élevé) : diabète, hypertension, position du placenta, anomalies fœtales, etc. - Problèmes de santé suivis en médecine interne ou autre (troubles cardiovasculaires, neurologiques, anémie falciforme, etc.) - Médication • Questions pertinentes à la situation qui influenceront la priorité : signes de prééclampsie ou césarienne antérieure, etc.
6	Assignation d'une priorité selon l'ETGO en considérant les modificateurs et l'ensemble de l'évaluation
7	Communication avec le médecin (ou le professionnel désigné)
8	Orientation de la patiente et avis de se présenter à l'infirmière s'il y a changement de son état

Sources : AWHONN, 2014; CHUM, 2019.

Ces données lui servent à attribuer une priorité et à appliquer le plan correspondant établi par l'ETGO. L'infirmière augmentera le niveau de priorité attribué initialement selon l'évolution de l'état de santé de la patiente et de son fœtus.

Après l'évaluation initiale, l'infirmière dirige la patiente. Elle l'invite à l'aviser de tout changement dans son état de santé ou de son intention de quitter les lieux avant d'avoir reçu un avis médical (OIIQ/CMQ, 2019) (**Encadré 2**).

L'évaluation complète

Dans un deuxième temps, l'évaluation complète est effectuée. Cette étape peut se faire dans la salle d'observation. L'infirmière recueille l'histoire médicale et obstétricale complète de la patiente. Elle utilise l'outil AMPLE. Elle procède aux interventions et aux examens selon les protocoles infirmiers ou les ordonnances collectives en vigueur. Au besoin, elle pourra par exemple faire un examen vaginal si les ententes de son milieu le lui permettent, réaliser les dépistages universels tels que recommandés par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et effectuer un monitorage fœtal électronique ou une auscultation intermittente en observance de la directive sur la surveillance du bien-être fœtal de la SOGC (SOGC, 2020) (**Tableau 3**).

L'ATTENTE

Une fois les évaluations et les interventions complétées, la patiente est souvent dirigée vers l'aire d'attente avant l'obtention des résultats des examens ou la visite du médecin. L'objectif du triage est de déterminer le temps d'attente raisonnable et sécuritaire pour la patiente avant qu'elle puisse être vue par un médecin.

L'attente fait partie de la réalité des triages et est caractérisée par des délais plus ou moins longs avant d'obtenir une évaluation médicale, et même une évaluation infirmière complète. Le processus du triage et les priorités étant dynamiques, l'infirmière doit garder en tête que le triage initial n'est pas un diagnostic. « En ce sens, la

Tableau 3
L'ÉVALUATION COMPLÈTE INCLUT

1	Histoire médicale et obstétricale complète, y compris l'outil AMPLE - Allergies, Médications, Passé ou antécédents (obstétricaux, médicaux, chirurgicaux et psychosociaux), Last meal (dernier repas), Événement, environnement, histoire familiale et psychosociale.
2	État fœtal • Surveillance électronique fœtale ou auscultation intermittente si nécessaire • Manœuvre de Leopold
3	Dépistage universel : consommation de tabac, de médicaments (opiacés ou autres), de drogues et d'alcool, et contexte de violence conjugale
4	Évaluation objective complémentaire selon pertinence : examen physique et respiratoire, contrôle de glycémie et de signes vitaux, etc.
5	Interventions et examens selon les protocoles infirmiers et les ordonnances collectives en vigueur : toucher vaginal, examen au spéculum, prélèvements sanguins, etc.
6	Révision de la priorité attribuée selon l'ETGO en considérant les modificateurs.

Source : CHUM, 2019.

Tableau 4
LA RÉÉVALUATION COMPLÈTE INCLUT

1	Apparence générale et ABCD
2	Évaluation obstétricale en fonction de la raison de consultation (ex. : évolution des contractions)
3	Raison de consultation (antécédents reliés) Évaluation fœtale selon les lignes directrices, par exemple auscultation intermittente à toutes les heures
4	Révision des résultats d'examens ou de tests de laboratoire reçus
5	Révision de la priorité selon l'ETGO

Source : CHUM, 2019.

principale cible de l'évaluation infirmière au triage est l'attribution d'un niveau de priorité en fonction de la plainte principale du patient, plutôt que l'amorce d'un diagnostic clinique ou d'un traitement » (OIIQ/CMQ, 2019).

LE TRANSFERT

Il n'est pas rare que les centres des naissances aient convenu des ententes de services pour la prise en charge de certaines patientes obstétricales, par exemple à cause de l'âge gestationnel ou de la raison de consultation.

Par ailleurs, le public est libre de choisir l'établissement qui lui convient (LSSSS). L'infirmière au triage a, quant à elle, la responsabilité d'accueillir et d'évaluer toutes les personnes qui se présentent à l'urgence, puis de leur attribuer un niveau de priorité (OIIQ/CMQ, 2019). Une patiente doit donc minimalement avoir reçu une évaluation initiale et être dans un état de santé stabilisé avant d'être réorientée vers un autre établissement (OIIQ/CMQ, 2019). Cette directive s'applique aussi aux patientes qui se présentent dans un centre des naissances où elles ne sont pas suivies.

LA RÉÉVALUATION

« La réévaluation s'inscrit dans la surveillance clinique, activité réservée de l'infirmière et responsabilité qui lui incombe dans le cadre de son rôle au triage » (OIIQ/CMQ, 2019). La réévaluation est essentielle au triage. Elle confirme que l'état de santé des patients ne s'est pas détérioré. De nouveaux symptômes peuvent apparaître et modifier la priorité assignée préalablement (Murray et al., 2005). En obstétrique, une simple évaluation visuelle est insuffisante, puisqu'elle ne peut tenir compte de l'état fœtal. Une évaluation rapide dite « bonifiée », comme celle décrite dans le Tableau 1, doit être faite. Les règles concernant la surveillance fœtale s'appliquent également pendant l'attente.

En se fiant à ses connaissances et à son jugement clinique, l'infirmière au triage réévalue la patiente en fonction de la raison de consultation et des résultats d'examens ou de tests de laboratoire. Elle peut alors réviser le degré de priorité (OIIQ/CMQ, 2019) (**Tableau 4**).

Les réévaluations sont faites tant que la patiente n'a pas eu d'évaluation médicale. Leur fréquence est dictée par l'ETGO. Elles doivent être consignées au dossier.

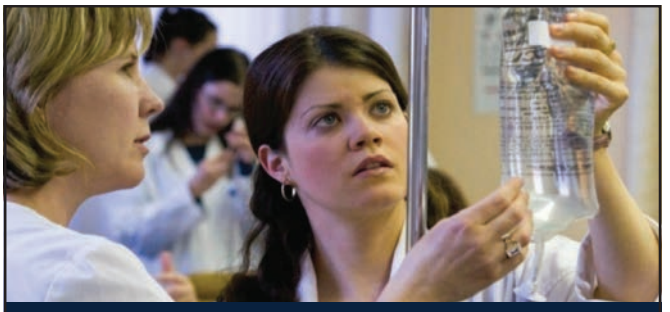
L'ÉVALUATION MÉDICALE

L'évaluation médicale est faite par un médecin, un résident en médecine, une sage-femme ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS). Ils peuvent poser un diagnostic, prescrire des interventions et la diriger vers d'autres ressources. Si la condition de la patiente le requiert, le médecin peut décider de l'admettre (AWHONN, 2014) (**Encadré 3**).

Plusieurs centres se sont dotés de procédures de réorientation qui permettent à l'infirmière de décider de réorienter la patiente sans évaluation médicale.

L'IMPLANTATION D'UN TRIAGE OBSTÉTRICAL

Les patientes obstétricales qui se présentent aux urgences posent plusieurs défis aux infirmières chargées du triage, notamment à cause de leurs conditions de santé de plus en plus complexes, d'un manque de directive spécifique quant à leur priorisation, d'une pratique non uniforme des évaluations initiales, d'une absence de programme d'orientation et du nombre important de visites.



Formation à distance, programmes pour
LES INFIRMIER(ÈRE)S

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

Date limite pour l'admission de septembre : 30 juin

Les programmes sont offerts en anglais seulement.
Le programme post-RN BScN a reçu en 2018 une accréditation de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)

St. Francis Xavier University

Numéro sans frais : **1-800-565-4371** Email : **distance.nursing@stfx.ca**
Télécopieur : **1-902-867-5154**
Stfx.ca/DistanceNursing

Encadré 3
PRINCIPES DU TRIAGE OBSTÉTRICAL BASÉS SUR LE TRIAGE À L'URGENCE

L'évaluation initiale de toutes les patientes doit être faite dans les dix minutes suivant leur arrivée (OIIQ/CMQ, 2019).
L'évaluation complète est distincte de l'évaluation initiale, qui recueille seulement les informations pertinentes. L'infirmière doit faire preuve d'un solide jugement clinique.
Le niveau de priorité (ETGO) doit être assigné au premier contact infirmier.
Le niveau de priorité peut être modifié à la suite d'une évaluation complète, d'une réévaluation ou de l'évolution de la condition de la patiente.
Une patiente qui a reçu un niveau de priorité ETGO de 1 ou de 2 à la suite de son évaluation initiale devrait être prise en charge immédiatement, de façon à ce qu'une évaluation complète ou médicale soit faite dans les plus brefs délais.
L'expérience, l'instinct ou le jugement clinique ne doivent jamais être utilisés pour diminuer une priorité lorsque les faits indiquent la présence d'un problème.
S'il y a hésitation entre deux priorités, l'infirmière choisira la plus élevée.
Le triage est basé sur des informations incomplètes. Il ne s'agit pas d'un diagnostic.

Sources : LHSC, 2010 et OIIQ/CMQ, 2019.

Au Québec, quelques centres des naissances ont emboîté le pas afin d'implanter l'ETGO. Ce projet naît d'un souci pour la qualité des soins et la sécurité des patientes. Assurément, en évaluant et en priorisant efficacement, le triage améliore le flux des patientes de même que l'utilisation des civières, des chambres et des fauteuils. En utilisant un processus de triage systématique et une échelle de triage, l'infirmière responsable contribue non seulement à la sécurité de la clientèle mais également à la gestion des ressources humaines, physiques et financières.

Bien que le besoin d'implanter un processus systématique de priorisation obstétricale soit criant, les établissements rencontrent plusieurs difficultés. Les lieux physiques, par exemple, ne permettent pas toujours d'aménager des aires d'attente et de consultation comme aux urgences. Or, les évaluations doivent se réaliser en toute confidentialité.

Le peu de ressources humaines est une autre différence importante entre le triage en obstétrique et celui d'une urgence (Paul et al., 2013). Dans les centres des naissances, une seule infirmière assure souvent le triage et la prise en charge de l'aire d'observation et des traitements. Elle doit néanmoins s'assurer qu'une évaluation initiale de toutes les patientes est faite dans un délai de dix minutes suivant leur arrivée, et ce, même si le volume de visites est important. Elle doit alors interrompre toutes ses activités pour répondre à cette norme. L'évaluation complète aura alors lieu subséquemment.

Afin de pouvoir évaluer dans les délais requis, il importe aussi de considérer les procédures électives qui passent par le triage obstétrical. Le rôle de l'infirmière au triage est l'évaluation d'une personne symptomatique et l'attribution d'un niveau de priorité (OIIQ/CMQ, 2019). Or, par définition, une césarienne élective, un déclenchement du travail et un examen de réactivité fœtale (ERF/*NST*) dans le cadre d'un suivi de diabète ne sont pas des cas symptomatiques. Ces patientes ne devraient pas être vues au triage. Cela dit, une patiente ayant un rendez-vous de prévu en suivi de grossesse, mais qui a soudainement une perte de liquide ou un autre symptôme, devrait se présenter au triage.

LA FORMATION

« La responsabilité qu'elle [une infirmière au triage] assume requiert donc des qualités et des capacités humaines et professionnelles d'ordre cognitif (le savoir), d'ordre affectif (le savoir-être) et d'ordre psychomoteur (le savoir-agir) » (OIIQ/CMQ, 2019).

Le développement d'un programme de formation sur le triage obstétrical et l'ETGO est nécessaire pour assurer la pérennité de cette pratique. Ce programme doit avoir des objectifs clairs et déterminer l'ensemble des compétences requises par une infirmière, avant qu'elle puisse être affectée au triage obstétrical. Ces compétences s'apparentent à celles exigées au triage d'une urgence.

Elles requièrent des connaissances cliniques avancées telles qu'une compréhension approfondie des différentes pathologies obstétricales, des stades de la grossesse, des critères de normalité en fonction de l'âge gestationnel, des signes d'alerte précoce et de l'impact d'une grossesse sur les maladies maternelles. L'infirmière doit aussi tenir compte du caractère unique de la personne.

Comprendre le fonctionnement organisationnel d'une salle d'accouchement est également essentiel. L'infirmière doit démontrer du leadership et faire preuve d'un solide jugement clinique pour coordonner les différentes activités, gérer les situations critiques, assurer la surveillance étroite des patientes et être prête à recevoir les urgences.

L'amélioration du triage est un processus en continu. Ce mandat relève du comité du triage, qui entérine de nouveaux outils tels des protocoles, des ordonnances collectives et des algorithmes de communication.

CONCLUSION

Cet article présente le triage obstétrical, l'ETGO et les grandes lignes de leur implantation. Les centres sont encouragés à développer leurs protocoles de triage en fonction des conditions locales et des données probantes (ACOG, 2016). Il importe aussi de mettre de l'avant le rôle important de l'infirmière au triage obstétrical, d'uniformiser cette pratique et d'assurer des soins sécuritaires aux patientes. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

La version française de l'Échelle de triage et de gravité en obstétrique (ETGO) est publiée par le MSSS.

En ligne : https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-289W.pdf

L'AUTEURE

AMÉLIE GUAY
Inf., M. Sc., ICP (c.)

Infirmière clinicienne en pratique avancée – périnatalité à la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Membre du comité de travail national de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes (*Canadian Association of Perinatal and Women's Health Nurses* [CAPWHN]) qui travaille sur l'ETGO.

RÉFÉRENCES

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). «Committee Opinion No. 667 – Hospital-based triage of obstetric patients». Obstetrics and Gynecology, 128(1), e16-e19.

Angelini, D. J. (2013). «Overview of obstetric triage». Dans D. J. Angelini et D. LaFontaine (dir.), Obstetric Triage and Emergency Care Protocols (p 1-9). New York: Springer.

Angelini, D. et Howard, E. (2014). «Obstetric triage: A systematic review of the past fifteen years: 1998-2013», MCN American Journal of Maternal/Child Nursing, 39(5), 284-297.

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2014). «Women's health and perinatal nursing care quality refined draft measures specifications–For testing of feasibility, validity and reliability». Washington, DC: AWHONN. Repéré à https://c.ymcdn.com/sites/www.awhonn.org/resource/resmgr/PDFs/MFTi/perinatalqualitymeasures_ref.pdf

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2011). «Guidelines for professional registered nurse staffing for perinatal units–Executive summary». Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 40(1), 131-134. Repéré à https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2815%2930522-0

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM). (2019). «Cadre de référence du triage obstétrical au CHUM», Montréal: CHUM.

Evans, M. K., Watts, N. et Gratton, R. (2015). «Women's satisfaction with obstetrical triage services». Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 44(6), 693-700.

Gratton, R. J., Bazaracai, N., Cameron, I., Watts, N., Brayman, C., Hancock, G., ... Smithson, D. S. (2016). «Acuity assessment in obstetrical triage», Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 38(2), 125-133.

Guay, A. et Semenic, S. (nd). «Implementation of an Obstetric Triage Acuity Scale (OTAS): Quality improvement project to improve patient flow and triage nurse decision-making» [document soumis pour publication]. Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (IR-CUSM).

Health Standards Organization (HSO) [Organisation de normes en santé]. (2021). «Élaboration d'une échelle de triage et de gravité en obstétrique». Repéré à https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/elaboration-dune-echelle-de-triage-et-de-gravite-en-obstetrique/

«Loi sur les services de santé et les services sociaux» (LSSSS), RLRQ, c S-4.2, a 6.

London Health Sciences Centre (LHSC). (2013). «London Health Sciences Centre first in Canada to develop obstetrical triage acuity scale». Ontario: LHSC. Repéré à http://www.lhsc.on.ca/About_Us/LHSC/Publications/Homepage/Obstetrical-Triage-Acuity-Scale.htm]

London Health Sciences Centre (LHSC). (2010). «Obstetrical triage self directed learning program». Ontario: LHSC, 28 p.

Milhomme, D., Gagnon, J. et Lechasseur, K. (2018). «The clinical surveillance process as carried out by expert nurses in a critical care context: A theoretical explanation». Intensive and Critical Care Nursing, 44, 24-30. Repéré à http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.010

Murray, M., Bullard, M. et Grafstein, E. (2005). «Révision de L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence: Guide d'implantation». Canadian Journal Emergency Medicine, 7(1), 28-35.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3e éd.). Montréal: OIIQ. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2019). «Triage à l'urgence – Lignes directrices» (2e éd.). Montréal: OIIQ/CMQ, 40 p. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf

Paisley, K. S., Wallace, R. et DuRant, P. G. (2011). «The development of an obstetric triage acuity tool », MCN American Journal of Maternal/Child Nursing, 36(5), 290-296.

Paul, J., Jordan, R., Duty, S. et Engstrom, J. L. (2013). «Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse-midwife-managed model of care», Journal Midwifery Women's Health, 58(2), 175-181.

Smithson, D. S., Twohey, R., Rice, T., Watts, N., Fernandes, C. M. et Gratton, R. J. (2013). «Implementing an obstetric triage acuity scale: Interrater reliability and patient flow analysis», American Journal Obstetric Gyneacology, 209(4), 287-293.

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). (2020). «N°396 – Surveillance du bien-être fœtal: directive clinique de consensus des soins intrapartum», Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 42(3), 349-384.

© Shutterstock / Monkey Business Images

SANTÉ PUBLIQUE

Le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique*

Le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique* est lancé en 2017 et s'adresse principalement aux professionnels de la santé. Amélioré et actualisé en continu sur le site Web du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), il regroupe les mesures de prévention clinique qui, recommandées par le directeur national de santé publique du Québec (DNSP), permettent d'augmenter, en santé, les années de vie d'une personne. Ces mesures sont individuelles et doivent s'amorcer avant l'apparition de la phase symptomatique d'un problème de santé.

par **SOPHIE ROBERGE, inf., M. Sc.**

Ce Guide s'inscrit dans la poursuite du *Programme national de santé publique 2015-2025* qui prévoit que les instances québécoises de santé publique ont pour objectif général de maintenir et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population par des actions de promotion, de prévention, de protection et de surveillance (MSSS, 2015).

Le Guide fait suite également à la *Politique gouvernementale de prévention en santé* qui atteste que la prévention clinique est l'une des fonctions essentielles de la santé publique et la définit par l'ensemble des interventions en matière de counseling, de dépistage, d'immunisation et de chimioprophylaxie octroyées à un patient par un professionnel de la santé (MSSS, 2016).

Les pratiques de prévention clinique veulent freiner l'apparition d'éventuels problèmes de santé. L'élaboration et la mise en place de telles pratiques permettent de participer à l'amélioration de la santé des personnes qui en bénéficient (MSSS, 2016). Afin d'atteindre cet objectif, il importe que le MSSS, les directeurs de santé publique ainsi que les établissements offrant des services de première ligne favorisent et soutiennent les interventions en prévention clinique faites par les professionnels de la santé.

L'INFIRMIÈRE EN PRÉVENTION CLINIQUE

La profession infirmière, à l'instar de la profession médicale, couvre un large éventail d'interventions car elle concerne tous les types de clientèles : femmes enceintes, nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées. La diversité du champ d'activités des infirmières en fait des alliées précieuses de la prévention clinique. En plus d'activités partagées – promotion de la santé, prévention de la maladie –, plusieurs activités réservées (*Loi sur les infirmières et les infirmiers*, a. 36), comme l'initiation de mesures diagnostiques à des fins de dépistage des ITSS et la vaccination (*Loi sur la santé publique*, c. S-2.2), sont essentielles au succès des mesures de santé publique.

Selon le *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020* de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2020), 15 % des infirmières actives travaillent en première ligne. Cette proportion, pourtant importante, ne signifie pas toutefois qu'elles soient en nombre suffisant pour assurer des activités de prévention clinique efficaces et de qualité. En effet, elles doivent aussi avoir des connaissances en prévention clinique et des compétences en éducation à la santé pour pouvoir évaluer adéquatement les patients et initier les interventions de prévention pertinentes (OIIQ, 2015). De plus, le contexte de travail doit permettre et favoriser la communication avec les patients.

LE *GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION CLINIQUE*

Afin que les mesures de prévention clinique effectuées soient efficientes, les interventions proposées doivent être uniformisées, basées sur des données probantes récentes et actualisées (OIIQ, 2015). En réponse à ces besoins, le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique* se veut un outil rehaussant la qualité et l'organisation des services préventifs en première ligne (MSSS, 2017).

Tableau 1
FICHES DU GUIDE DES BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION CLINIQUE

VOLET	NOM DE LA FICHE DE PRÉVENTION CLINIQUE	
Adultes	• Abus d'alcool • Dépistage du cancer du col utérin • Dépistage du cancer colorectal • Dépistage du cancer de la prostate • Dépistage du cancer du sein • Diabète de type 2 • Dyslipidémie et statines : évaluation du risque cardiovasculaire global	• Hypertension artérielle • Immunisation • Infections transmissibles sexuellement et par le sang • Obésité • Tabagisme
Périnatalité	• Acide folique et multivitamines durant la grossesse et l'allaitement • Alcool durant la grossesse • Allaitement maternel • Chimioprophylaxie de la conjonctivite gonococcique néonatale	• Dépistage néonatal sanguin et urinaire • Infections transmissibles sexuellement et par le sang durant la grossesse • Tabagisme durant la grossesse et l'allaitement
Enfants et adolescents	• Carie dentaire • Immunisation • Infections transmissibles sexuellement et par le sang	• Obésité juvénile : prévention et gestion • Protection contre le rayonnement ultraviolet • Tabagisme

Source : (MSSS, 2017).

Élaboré en collaboration avec plusieurs partenaires, notamment l'OIIQ, le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), le *Guide*, publié sur le site du MSSS, peut être consulté en tout temps à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un téléphone intelligent. Il contient 25 fiches regroupées en trois volets : Adultes, Périnatalité et Enfants et adolescents (**Tableau 1**).

Ces fiches présentent les mesures de prévention clinique qui génèrent les gains de santé les plus importants pour une population. Les recommandations qu'on y retrouve concernent une personne asymptomatique et ne doivent jamais remplacer une démarche clinique en présence de signes, de symptômes ou de facteurs de risque importants. Chaque fiche contient aussi des outils pour aider les professionnels de la santé à amorcer une discussion avec leurs patients dans un contexte de décision partagée.

Les mesures de prévention ont été choisies en fonction de plusieurs critères : elles devaient présenter des gains potentiels importants pour la santé publique tout en causant un minimum de préjudices, démontrer un bon rapport coût/efficacité, cibler une population générale asymptomatique, avoir été validées par des experts et, s'il y a lieu, être en synergie avec les programmes provinciaux.

De plus, les recommandations sélectionnées devaient être fondées sur des données probantes de sources québécoises ou canadiennes : le MSSS, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et le *Life Time of Prevention Schedule* de la Colombie-Britannique. Elles devaient aussi respecter le contexte législatif dans lequel évoluent les

professionnels de la santé. Enfin, toutes les interventions décrites dans le *Guide* devaient s'inscrire dans un contexte de décision partagée avec le patient et respecter les principes de l'entretien motivationnel.

COMMENT UTILISER CE GUIDE ?

Pour accéder au document, l'infirmière se rend sur la page d'accueil du *Guide* sur le site Web du MSSS : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques. Une fois entrée dans l'application, elle peut choisir de consulter l'ensemble des recommandations pour un volet précis ou de créer un profil de recommandations personnalisées pour son patient en répondant à six questions : âge, sexe, statut tabagique, immunisation, activité sexuelle et grossesse. En fonction de ces réponses et d'un algorithme prédéfini, l'application indique à l'infirmière les interventions de prévention clinique prioritaires dont elle doit discuter avec son patient. Les réponses peuvent être modifiées en tout temps. L'algorithme actualise alors automatiquement la sélection des mesures de prévention cliniques en fonction des nouvelles données.

Chaque fiche indique la population ciblée par la mesure. Les recommandations y sont présentées sous forme d'information objective et claire, provenant de récentes données probantes. Cette information, jumelée aux valeurs et aux préférences du patient, permet une prise de décision partagée (Grad et al., 2017).

Chaque fiche contient des hyperliens qui mènent à des informations supplémentaires et à des outils. Certains soutiennent l'intervention infirmière, d'autres proposent de l'information destinée au patient.

Le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique* est accessible au grand public dans sa forme actuelle depuis l'automne 2019. Il est disponible uniquement en version Web. Grâce à une veille scientifique effectuée en continu, il assure à ses utilisateurs une information fondée sur les plus récentes données probantes. Par ailleurs, une formation permettant de bien en comprendre le fonctionnement est actuellement en développement.

Le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique* s'avère un outil indispensable pour promouvoir la prévention clinique et faciliter l'intervention des professionnels. ●

L'AUTEURE

SOPHIE ROBERGE
Inf.

Infirmière conseillère en prévention clinique à la Direction de la prévention clinique, de la santé dentaire et des dépistages de la Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

RÉFÉRENCES

Grad, R., Légaré, F., Bell, N. R., Dickinson, J. A., Singh, H., Moore, A. E., ... Kretschmer, K. L. (2017). «Prise de décision partagée en soins de santé préventifs». Le médecin de famille canadien, 63(9), e377-e380. Repéré à https://www.cfp.ca/content/63/9/e377

« Loi sur les infirmières et les infirmiers » (LII), RLRQ, c. I-8, a. 36.

« Loi sur la santé publique », RLRQ, ch. S-2.2.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). «Programme national de santé publique 2015-2025». Québec: MSSS. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016). «Politique gouvernementale de prévention en santé». Québec: MSSS. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS.) (2017). «Guide des bonnes pratiques en prévention clinique». Québec: MSSS. Repéré à https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/prevention-clinique/guide-des-bonnes-pratiques/

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015). «Standards de pratique de l'infirmière – Soins de proximité en périnatalité». Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4443-perinatalite-web_2017-11-01.pdf/ab126b9d-b9d9-8978-a128-c482073bd548

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2020). «Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020 – Le Québec et ses régions». Repéré à https://www.oiiq.org/en/rapport-statistique-sur-l-effectif-infirmier-2019-2020-le-quebec-et-ses-regions

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

Réalisez votre plein potentiel infirmier dans le Grand Nord !

Vous êtes en quête de changement, de vivre une aventure extraordinaire en plus d'acquérir une expérience précieuse ? Le Nunavik est fait pour vous. En rejoignant le Centre de santé Inuulitsivik, vous pouvez enfin occuper votre champ de pratique complet et avoir une influence réelle sur la santé d'une communauté, tout en profitant des avantages de la vie dans une région éloignée, entre nature et partage.

Témoignages

Dès ma première journée dans le Nord, j'ai su que je voudrais y rester pour longtemps ! C'est une expérience unique et exaltante !
Isabelle Dupont inf.

Cette expérience vous transformera comme professionnel et comme être humain à jamais. L'acquisition des savoirs est exponentielle tant les défis sont variés.
Olivier Godin inf.

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

Nous recherchons des infirmier(ère)s

Temps plein disponible | Unité de soins, plein exercice du champ de compétence infirmier, liaison | MAD, santé publique, ITSS, TB

AVANTAGES

- Bonification de votre salaire par l'ajout de primes nordiques
- Une pratique diversifiée et complète
- 3 à 4 sorties annuelles selon le statut
- Formation continue disponible et plein exercice du champ de compétence infirmier
- Renouer avec la nature car de nombreuses possibilités d'activités de plein air
- Transport et logement meublé fournis

EXIGENCES

Être membre en règle de l'OIIQ / Bilinguisme essentiel (parlé et écrit) / 2 ans d'expérience diversifiée (urgence, soins intensifs, soutien à domicile, chirurgie, santé mentale, santé communautaire, pédiatrie et CLSC, santé publique, ITSS, TB) / Capacité d'adaptation et autonomie / Capacité de vivre en région éloignée et isolée / Flexibilité / Bonne gestion du stress, respect de la diversité culturelle / Expérience de travail en région éloignée, un atout / Formation continue sur la pratique infirmière en région éloignée, un atout.

Inuulitsivik

CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK
Christiane Alary, agente de gestion du personnel
christiane.alary.csi@ssss.gouv.qc.ca

www.inuulitsivik.ca

Shutterstock / Nenej Kostadic

La phlébotomie thérapeutique

Pratiquée dans les cliniques spécialisées des centres hospitaliers et dans les CLSC par du personnel formé, la phlébotomie thérapeutique a pour objectif l'abaissement de la ferritine sérique ainsi que du taux d'hématocrite ou d'hémoglobine. Ce traitement est fondamental dans les pathologies comme l'hémochromatose. Voyons en quoi consiste cette procédure.

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

La phlébotomie thérapeutique, aussi appelée « saignée rouge » ou « soustraction sanguine », se pratique couramment aujourd'hui (Cook, 2010). L'indication la plus répandue pour cette procédure demeure l'hémochromatose héréditaire, une affection génétique qui se caractérise par l'accumulation de fer dans l'organisme; la maladie de Vaquez est un autre exemple de pathologie traitée par phlébotomie (Société canadienne de l'hémochromatose, 2014; Société canadienne du cancer, 2016; Zubair, 2014). Dans les cas où une quantité de fer importante de plus de 250 mg doit être retirée en une seule fois, la phlébotomie thérapeutique peut être exécutée par érythraphérèse; les hématies sont alors prélevées, tandis que le plasma est réinjecté. Nous n'aborderons ici que la procédure la plus simple.

Les principaux effets recherchés sont la déplétion en globules rouges qui transportent le fer, la stimulation compensatrice de la moelle osseuse et la diminution subséquente de la ferritine (INSERM, 2017). La saignée devrait être reportée si la pression artérielle systolique est inférieure à 100 mmHg, ou si le pouls est inférieur à 50 battements par minute ou supérieur à 100 battements par minute. Enfin, la procédure ne peut pas être pratiquée si le patient est anémique, s'il n'a pas mangé ou s'il présente des symptômes infectieux.

Avant toute intervention, la professionnelle vérifie les résultats sanguins et la prescription précisant le volume à extraire, comme déterminé par les valeurs visées de ferritine, d'hématocrite et d'hémoglobine. La quantité totale de sang à extraire est de 400 mL chez la femme et de 500 mL chez l'homme. Dans tous les cas, elle ne devrait pas dépasser les 7 mL/kg de poids corporel.

AVANT LA PROCÉDURE

Avant la phlébotomie thérapeutique, le patient doit avoir bu au moins un demi-litre de liquide pour maintenir un volume circulant de façon à limiter la fatigue et les risques d'hypotension; en vue de prévenir les malaises, il n'est pas recommandé d'être à jeun.

L'infirmière doit d'abord mesurer les signes vitaux. La trousse de phlébotomie thérapeutique comprend une aiguille de gros calibre, habituellement de 17 G, reliée par une tubulure à un sac collecteur d'une capacité d'environ 500 mL. Une valve anti-reflux, réduisant le risque d'embolie pulmonaire, fait partie du montage.

Une fois qu'elle a installé le patient en position semi-assise ou allongée, l'infirmière choisit un gros tronc veineux dans le pli du coude pour permettre un écoulement constant de sang (FERIF, 2016). La technique utilisée ressemble à celle du prélèvement veineux. Une fois l'accès obtenu, l'infirmière doit s'assurer de garder l'aiguille parallèlement à la peau au moyen d'un diachylon, dans le but d'éviter la perforation du vaisseau. La professionnelle ouvre ensuite la valve anti-reflux et retire le garrot pour maintenir un écoulement régulier du sang dans le sac collecteur disposé en déclive. Le patient peut aussi pratiquer un pompage avec son poing afin d'augmenter le débit.

De sorte qu'elle soit à même de dépister les malaises, vertiges ou pertes de connaissance, l'infirmière doit demeurer aux côtés du patient pendant les 15 à 20 minutes que dure la procédure.

APRÈS LA PROCÉDURE

Après la phlébotomie thérapeutique, le patient doit rester au repos pendant environ 30 minutes et boire du liquide afin de remplacer le volume de sang perdu (Hamilton Health Sciences, 2019; Société de leucémie et lymphome du Canada, nd). Le pansement appliqué au site de ponction est gardé en place plusieurs heures. L'infirmière doit vérifier la pression artérielle et le pouls avant le départ du patient. Elle lui rappellera de ne pas fumer dans les deux heures suivant la séance et de ne pratiquer aucun effort physique pendant 24 heures. Tout le matériel utilisé et le sang prélevé sont habituellement détruits selon la procédure de l'établissement.

UN TRAITEMENT À VIE

Le traitement de l'hémochromatose comprend deux phases. Durant la phase de déplétion, il peut être justifié de pratiquer jusqu'à deux phlébotomies hebdomadaires pendant une période allant d'un à deux ans. La phase d'entretien, quant à elle, requiert des saignées plus espacées, mensuelles ou trimestrielles, selon les résultats des bilans sanguins. Advenant un problème cardiaque où la phlébotomie ne peut être pratiquée, un traitement médicamenteux par chélation du fer peut être proposé. Dans certains cas, si leur condition médicale le permet pendant la phase d'entretien, les patients peuvent aussi donner leur sang, en plus de se soumettre aux saignées (Société canadienne du sang, 2020).

Dans le cas de l'hémochromatose, la phlébotomie est une procédure qui peut durer toute la vie. Elle prévient les complications hépatiques et améliore significativement la qualité de vie et les chances de survie des personnes atteintes. ●

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier les infirmières Gina Fournier (CLSC de Joliette) et Isis Cittée (Hôpital privé Claude Galien, France), ainsi que Mme Juliana Pavelka (Société canadienne d'hémochromatose) pour leur précieuse collaboration.

RÉFÉRENCES

Cook, L. S. (2010). «Therapeutic phlebotomy: A review of diagnoses and treatment considerations». Journal of Infusion Nursing, 33(2), 81-88.

FERIF/URPS – Infirmiers libéraux en Île-de-France. (2016). «Réalisation d'une saignée par un infirmier libéral». Repéré à http://media.wix.com/ugd/599fc5_9d1fcef6dece431d8fcbee47c35acd2d.pdf

Hamilton Health Sciences–Patient Education. (2018). «Care before and after your phlebotomy». Hamilton, ON: Hamilton Health Sciences. Repéré à http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/PhlebotomyCare-th.pdf

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). (2017). «Hémochromatose: contrôler la ferritine ne suffirait pas». Rennes, FR: INSERM. Repéré à https://www.inserm.fr/hemochromatose-controler-la-ferritine-ne-suffirait-pas

Société canadienne de l'hémochromatose. (2013). «Hémocromatose – Traitement». Repéré à https://www.toomuchiron.ca/fr/traitement/

Société canadienne de l'hémochromatose. (2014). «Hémochromatose héréditaire». Repéré à https://www.toomuchiron.ca/wp-content/uploads/2014/05/Brochure_Fran%C3%A7ais.pdf

Société canadienne du cancer. (n.d.). «Maladie de Vaquez». Repéré à http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/leukemia/leukemia/polycythemia-vera/?region=qc

Société canadienne du sang. (n.d.). «Hémochromatose et don de sang». Repéré à https://blood.ca/fr/sang/hemochromatose

Société de leucémie et lymphome du Canada. (n.d.). «Phlébotomie». Repéré à http://www.sllcanada.org/neoplasmes-myeloproliferatifs/maladie-de-vaquez/traitement/phlebotomie

Zubair, A. (2014). «Therapeutic phlebotomy». Clinical Liver Disease, 4(5), 102-106.

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

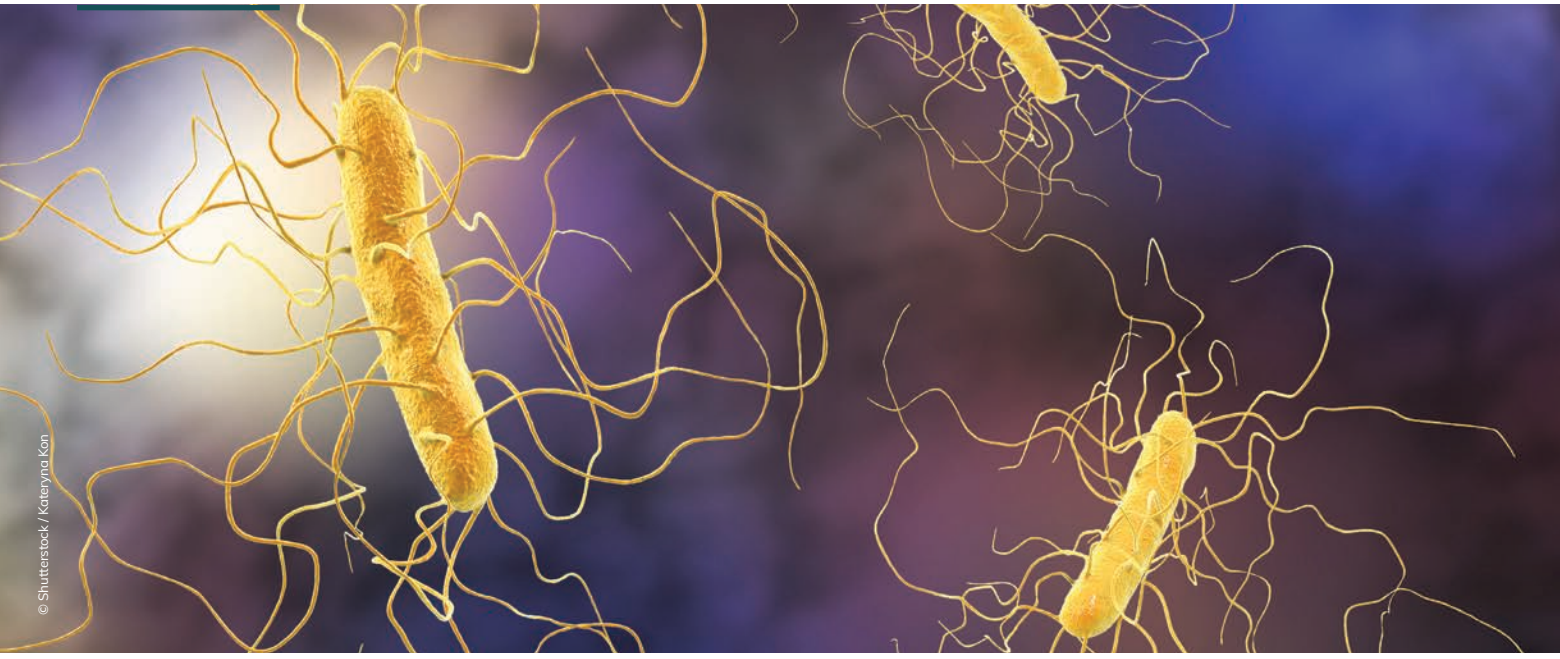
HÉMA-QUÉBEC RECRUTE

BÉNÉFICIEZ D'AVANTAGES SUBSTANTIELS :

- Travaillez avec des donneurs en bonne santé
- Avantages sociaux concurrentiels
- Aucun travail de nuit

HÉMA-QUÉBEC

HEMA-QUEBEC.QC.CA
Section Carrières


© Shutterstock / Kateryna Kon

Les dernières lignes directrices dans le traitement de l'infection au *Clostridium difficile*

Annuellement au Canada, l'infection au *Clostridium difficile* (IDC) touche près de 38 000 personnes. Selon l'Institut national de santé publique du Québec, sur les 1 741 cas déclarés en 2018-2019 au Québec, 197 personnes sont décédées après 30 jours (Institut national de la santé publique du Québec, 2019). Un bien lourd tribut à payer! Une étude publiée en juin 2018 par un groupe d'experts canadiens, dirigée par la Dre Vivian G. Loo du Centre hospitalier universitaire de santé McGill, présente les dernières lignes directrices pour traiter les épisodes initiaux et les récidives de cette infection (Loo et al., 2018).

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

LE CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Le *Clostridium difficile*, également connu sous le nom de *C. difficile*, est une bactérie présente dans la flore intestinale. Environ 5 % de la population serait porteuse de la bactérie sans que cela n'affecte sa santé. Pour les autres, l'infection se manifeste par de la diarrhée — on parle de diarrhée associée au *C. difficile* (DACD) — de la fièvre et des crampes abdominales. Cette maladie nosocomiale touche principalement les personnes âgées souffrant de multiples comorbidités. Les individus en bonne santé, eux, présentent peu de risque d'être contaminés. En plus des décès, les conséquences les plus sévères de l'infection au *C. difficile* sont l'inflammation intestinale et la déshydratation. Dans les cas les plus graves, cela nécessite le recours à de lourdes chirurgies digestives, à des transferts aux soins intensifs et à de multiples réadmissions à l'hôpital, et occasionne ainsi des coûts annuels exorbitants de 280 millions de dollars au Canada (INSPQ, 2017).

Un des moyens de prévention de cette infection nosocomiale repose sur le lavage de mains à l'eau et au savon, puisque les gels à base d'alcool sont inefficaces contre les spores de *C. difficile*. Une fois que l'ICD est déclarée, les précautions habituelles doivent être mises en place avec l'isolement de la personne infectée et le port de l'équipement de protection individuelle (EPI), soit les gants et une blouse à manches longues pour les soignants (INESSS, 2017a). Si un lavabo n'est pas accessible avant de sortir de la chambre, l'infirmière utilisera un désinfectant pour les mains, puis procédera un lavage à l'eau et au savon dès que possible. Depuis une quinzaine d'années, une souche hyper virulente (BI/NAP1/027), apparue en Amérique du Nord et dans plusieurs pays européens, serait responsable de véritables épidémies. Au Canada, les programmes de prévention ont heureusement permis de faire diminuer de moitié le nombre de cas, passant de 7,9/10 000 jours-patients en 2011 à 4,3/10 000 jours-patients en 2015. On déplore malgré tout un taux de mortalité de 5,7 % à 30 jours, une augmentation de la durée d'hospitalisation d'environ 3,6 jours par épisode de diarrhées et un plus grand risque de récidives. Au Québec, la situation s'est améliorée ces dernières années avec un taux d'incidence en baisse à 3,7 par 10 000 jours-présence (INSPQ, 2019).

Une des premières conclusions de l'article est qu'il n'existe aucun consensus pour caractériser la sévérité de l'ICD. En effet, les résultats de laboratoire concernant le compte de leucocytes ou la créatinine sérique et les symptômes cliniques tels que l'hypotension ou le mégacôlon ne peuvent pas toujours être évalués chez les patients. La catégorisation de l'infection reste donc soumise au jugement du clinicien qui établira le diagnostic de l'ICD et déterminera alors s'il s'agit d'un cas léger, modéré ou sévère.

LE TRAITEMENT

Le groupe de 15 experts canadiens, dirigé par la Dre Loo, a émis des recommandations pour les traitements en fonction de la population de patients et de la sévérité des symptômes observés. Pour les personnes adultes, que l'épisode d'infection soit léger ou modéré et que son occurrence soit primaire ou récidivante, le médicament de première intention est la vancomycine per os quatre fois par jour pendant une période variant de 10 à 14 jours. Pour les cas plus sévères, deux études ont démontré qu'une

Tableau 1
RECOMMANDATION POUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (ICD) CHEZ L'ADULTE

DÉFINITION CLINIQUE	PARAMÈTRES	RECOMMANDATION POUR LE TRAITEMENT
	Épisode initial	
Léger à modéré	• Leucocytes* ≤ 15.0 x 109/L, et • Créatinine sérique ≤ 1.5 x référence	• Vancomycine 125 mg po QID pour 10-14 jours Autres choix : • Fidaxomicine 200 mg po BID pour 10 jours • Métronidazole 500 mg po TID pour 10-14 jours peut être utilisé chez les patients souffrant de diarrhées légères quand la vancomycine ou la fidaxomicine sont trop onéreuses
Sévère, non compliqué **	• Leucocytes* > 15.0 x 109/L ou • Créatinine sérique > 1.5 x référence • Hypoalbuminémie	• Vancomycine 125 mg po QID pour 10-14 jours ou • Fidaxomicine 200 mg po BID pour 10 jours
Sévère compliqué	• Hypotension ou choc, iléus, mégacôlon	• Vancomycine 125-500 mg po QID pour 10-14 jours ou par tube nasogastrique combiné au métronidazole 500 mg Q 8 H • Autre : Fidaxomicine 200 mg po BID pour 10 jours avec métronidazole 500 mg Q 8 H par voie intraveineuse en cas d'allergie sévère à la vancomycine orale • En cas d'iléus paralytique, considérer l'administration de vancomycine par voie rectale 500 mg dans environ 100 ml de solution saline dans le rectum toutes les 6 heures par lavement de rétention, combinée au métronidazole intraveineux 500 mg Q 8 H et à la vancomycine orale
	Épisodes récidivants	
Première récidive, légère à modérée	• Leucocytes* ≤ 15.0 x 109/L, et • Créatinine sérique ≤ 1.5 x référence	Première intention : • Vancomycine 125 mg po QID pour 14 jours Autres choix : • Fidaxomicine 200 mg po BID pour 10 jours • Métronidazole 500 mg po TID pour 10-14 jours si la vancomycine ou la fidaxomicine ne peuvent pas être utilisées
Première récidive, sévère, non compliquée **	• Leucocytes* > 15.0 x 109/L, ou Créatinine sérique > 1.5 x référence • Hypoalbuminémie	• Vancomycine 125 mg po QID pour 14 jours ou • Fidaxomicine 200 mg po BID pour 10 jours
Deuxième récidive ou épisodes subséquents		• Vancomycine selon un régime prolongé et/ou pulsé (ex. : 125 mg po QID pour 14 jours; 125 mg po TID pour 7 jours; 125 mg po BID pour 7 jours; 125 mg po une fois par jour pour 7 jours, et enfin tous les 2 ou 3 jours pour 2-8 semaines) • Considérer une transplantation de microbiote fécal en cas de récidive suivant une administration décroissante de vancomycine

Source : Loo et al., 2018. Traduction libre.
*Les leucocytes font référence au compte de globules blancs périphériques
** Critère définissant une ICD sévère, basée sur l'opinion d'experts

dose plus élevée d'antibiotique était bénéfique pour contrôler efficacement les symptômes. En ce qui concerne les enfants, le clinicien choisira entre le métronidazole et la vancomycine per os pour des périodes de traitement de 10 jours. Les **Tableaux 1 et 2** résument les principales conclusions des experts.

LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA RÉCIDIVE

Les experts canadiens ont également évalué la dimension préventive et le traitement de la récidive de l'ICD. Ils émettent plusieurs autres recommandations à cet effet.

Des antibiotiques à spectre restreint

L'ICD survient à la suite de la prise d'antibiotiques pour traiter une infection quelconque. Cependant, certaines classes d'antibiotiques sont considérées comme plus sécuritaires afin d'éviter l'ICD, telles que la pénicilline, les macrolides ou encore les tétracyclines.

Loo et ses collègues (Loo et al., 2018) conseillent donc aux prescripteurs d'évaluer le besoin d'une antibiothérapie en cas d'infection et, le cas échéant, de se limiter aux molécules à spectre restreint pour prévenir l'apparition d'une ICD.

La transplantation de microbiote fécal (TMF)

La transplantation de microbiote fécal (TMF) est efficace chez les adultes, mais pas chez les enfants, pour contrôler la récidive de l'ICD après l'échec de plus de deux traitements par la vancomycine. Cette option consiste à prélever un échantillon de selles chez un donneur sain et à le dispenser par différentes voies à une personne infectée. L'efficacité de la TMF a été prouvée de façon éclatante en 2013 dans un article paru dans le *New England Journal of Medicine* (van Nood et al., 2013). En 2018, les modalités d'administration ne sont toutefois pas encore déterminées parmi les voies naso-duodénale, naso-jéjunale, rectale ou orale, pas plus qu'on ne sait quelle méthode s'avère la plus efficace. D'autres études devront être menées pour préciser plusieurs caractéristiques comme le moment propice, la nécessité d'une préparation intestinale préalable et la localisation optimale pour la TMF.

Les probiotiques

Un probiotique est un produit alimentaire contenant un micro-organisme vivant (bactérie ou levure) qui exerce une influence sur la santé en améliorant la flore intestinale. Rappelons que la flore

Tableau 2
RECOMMANDATION POUR LE TRAITEMENT DE L'INFECTION AU *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* (ICD) CHEZ L'ENFANT

DÉFINITION CLINIQUE	RECOMMANDATIONS POUR LE TRAITEMENT
	Épisode initial
Léger à modéré	Un parmi ces traitements : • Métronidazole 30 mg/kg/jour po réparti en 4 doses (max. 500 mg/dose) pour 10 jours; OU • Vancomycine 40 mg/kg/jour po répartie en 4 doses (max. 125 mg/dose) pour 10 jours
Sévère, non compliqué	• Vancomycine 40 mg/kg/jour po répartie en 4 doses (max. 125 mg/dose) pour 10 jours
Sévère compliqué	• Vancomycine 40 mg/kg/jour po répartie en 4 doses (max. 125 mg/dose) par tube nasogastrique pour 10-14 jours; considérer l'ajout de métronidazole intraveineux 30 mg/kg/jour réparti en 4 doses (max. 500 mg/dose) pour 10 jours
	Épisodes récidivants
Première récidive, légère à modérée	Un parmi ces traitements : • Métronidazole 30 mg/kg/jour po réparti en 4 doses (max. 500 mg/dose) pour 10 jours; OU • Vancomycine 40 mg/kg/jour po répartie en 4 doses (max. 125 mg/dose) pour 10 jours
Première récidive, sévère, non compliquée**	• Vancomycine 40 mg/kg/jour po répartie en 4 doses (max. 125 mg/dose) pour 10 jours
Deuxième récidive ou épisodes subséquents	• Vancomycine selon un régime prolongé et/ou pulsé, ex. : 40 mg/kg/jour (max. 125 mg/dose) po répartie en 4 doses pour 10-14 jours; même dose po TID pour 7 jours; même dose po BID pour 7 jours; même dose une fois par jour pour 7 jours, et enfin tous les 2 ou 3 jours pour 2-8 semaines) • Considérer une transplantation de microbiote fécal en cas de récidive suivant une administration décroissante de vancomycine

Source : Loo et al., 2018. Traduction libre.

intestinale humaine contient environ 100 000 milliards de bactéries (réparties en quelque 1 000 espèces différentes), y compris les probiotiques. Certains sont présents dans les aliments comme les yogourts, les fromages, le lait fermenté, le miso ou la sauce soya. D'autres sont des suppléments alimentaires délivrés en capsules ou en gouttes. Trois principales souches sont considérées comme probiotiques : lactobacilles, bifidobactéries et streptocoques. Ces bactéries amélioreraient la digestion et le transit intestinal, et pour certaines seulement, diminueraient le nombre de diarrhées chez les enfants.

En présence d'une diarrhée causée par le *C. difficile*, des chercheurs ont tenté d'évaluer le bénéfice d'un tel produit chez les patients atteints de DACD (INSPQ, 2017b; Loo et al., 2018). Les méta-analyses menées sur des études rassemblant plus de 4 000 patients, enfants et adultes n'ont pas permis de conclure de façon certaine que les probiotiques devraient être utilisés en prévention primaire. Les experts ont donc clairement exclu les probiotiques de leurs recommandations. ●

RÉFÉRENCES

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017a). «Efficacité et innocuité des probiotiques en prévention des diarrhées associées à Clostridium difficile». Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traitement/INESSS_Resume_RS_probiotiques.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017b). «Mise à jour du guide d'usage optimal pour le traitement de la diarrhée ou de la colite associée à Clostridium difficile». Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traitement/INESSS_Rapport_support_au_GUO_C.difficile.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2017). «Diarrhées associées au Clostridium difficile – Résultats de surveillance 2016-2017». Repéré à https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales/spin/dacd/surveillance-2016-2017

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). «Diarrhées associées au Clostridium difficile – Résultats de surveillance 2018-2019». Repéré à https://www.inspq.qc.ca/infections-nosocomiales/spin/dacd/surveillance-2018-2019

Loo, V. G, Davis, I., Embil, J., Evans, G. A., Hota, S., Lee, C., ... Valiquette, L. (2018). «Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada treatment practice guidelines for Clostridium difficile infection». Official Journal of the Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada, 3(2), 71-92. Repéré à https://doi.org/10.3138/jammi.2018.02.13

Van Nood, E., Vrieze, A., Nieuwdorp, M., Fuentes, S., Zoetendal, E. G., de Vos, W., ... Keller, J. J. (2013). «Duodenal infusion of donor feces for recurrent Clostridium difficile». The New England Journal of Medicine, 368(5), 407-415. Repéré à https://doi.org/10.1056/NEJMoa1205037

LA RÉFÉRENCE EN SANTÉ SEXUELLE POUR TOUTES LES FEMMES

VISITE

DANSMONSAC.CA

VIH/ITSS - PRÉVENTION - DÉPISTAGE - TRAITEMENT

COCQ-SIDA
Membre de la Coalition Internationale Sida

© Shutterstock / fizkes

La science derrière une communication efficace et mémorable

La communication a toujours été un enjeu pour les acteurs du réseau de la santé. La pandémie de COVID-19 en a amplifié l'importance : comment communiquer clairement notre message et faire en sorte que notre auditoire adopte les changements souhaités et se mette en action?

par **JOHANNE MARTEL, inf., M. Sc. et JOHANNE DÉRY, inf., Ph. D.**

Savoir communiquer est une habileté qui s'apprend et qui se développe tout au long de notre parcours professionnel. C'est un élément-clé de la profession infirmière, tant avec les patients, les collègues, les étudiantes que le public en général. Une communication claire et efficace fait appel non seulement à des connaissances de base acquises en milieu académique, mais également à des compétences développées dans le cadre de formations continues au cours de notre carrière. La formation continue est d'ailleurs reconnue comme la voie tout indiquée pour assurer l'intégration des résultats probants issus de la recherche à la pratique infirmière (Ouellet, Maillé, Durand et Thibault, 2011).

LA COMMUNICATION À DISTANCE

Le contexte actuel, marqué par les nombreuses restrictions de contact provoquées par la COVID-19, nous oblige à revoir nos communications, qu'elles soient orales ou écrites, ainsi que nos méthodes d'enseignement et de transfert de connaissances. Il faut mettre à profit l'ensemble des technologies qui s'offrent à nous pour rejoindre notre auditoire, tout en s'assurant qu'elles sont utilisées de manière à optimiser les apprentissages et les changements souhaités. Il devient urgent et impératif de développer la littératie numérique[1] des formateurs et des apprenants (Pepin, 2020). Cela constituera alors une opportunité réelle de transformer et de faire évoluer nos façons de procéder en matière de communications.

D'ailleurs, au sein de notre profession, toute infirmière, qu'elle soit soignante, enseignante, gestionnaire ou chercheuse, doit communiquer quotidiennement afin d'être en mesure de régler un problème (ex. : une situation nécessitant un changement) ou de répondre à un besoin (ex. : une formation qui porte sur un nouvel appareil dans l'unité de soins) ou à un désir d'apprentissage (ex. : partager ses connaissances et son expertise lors d'une conférence).

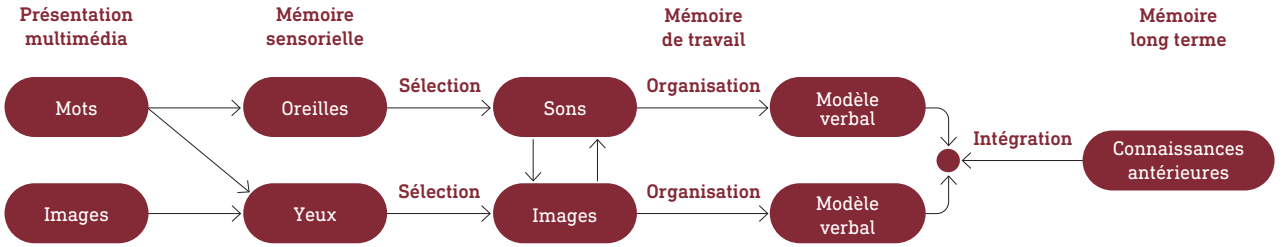
La communication et la technologie

Depuis la fin des années 90, nous avons adopté, en grande majorité, le logiciel PowerPoint[md] à titre d'outil d'accompagnement lors de conférences, de cours en classe, de formations en milieu de travail et de rencontres d'équipes. En 2001, Microsoft estimait que plus de 30 millions de présentations PowerPoint étaient utilisées chaque jour. La plus grande force des logiciels assistés par ordinateur est leur facilité d'utilisation reposant sur des modèles de configuration préétablis, dans lesquels nous pouvons intégrer de l'information à l'infini. Conséquemment, nous utilisons massivement ces outils de communication en nous éloignant des fondements scientifiques qui soutiennent les principes d'une communication pertinente et efficace, laquelle doit être adaptée au processus d'apprentissage du cerveau humain.

Communiquer de manière optimale pour réussir à convaincre notre auditoire de se mettre en action ne consiste pas seulement à insérer du contenu dans différentes diapositives de PowerPoint avant de les lire en public. Puisque « le transfert de connaissances est

1 « La littératie numérique est la prise de conscience, l'attitude et la capacité des individus à utiliser de manière appropriée les outils et les installations numériques pour identifier, utiliser, gérer, intégrer, évaluer, analyser et synthétiser des ressources numériques, construire de nouvelles connaissances, créer des expressions médiatiques et communiquer avec les autres, dans le contexte de situations de vie spécifiques, afin de permettre une action sociale constructive et de réfléchir à ce processus. » [Traduction libre] (Martin et Grudziecki, 2006, p. 255).

Figure 1
LA THÉORIE COGNITIVE D'APPRENTISSAGE MULTIMÉDIA, REPRODUITE ET TRADUITE



Source : Mayer, 2009, p. 61.

un processus dynamique qui réfère à l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de nouvelles connaissances » (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009, p. 7), il faut visiblement revoir notre façon de communiquer pour que celle-ci se transforme en une expérience d'apprentissage stimulante, significative et mémorable. Pour ce faire, nous devons combiner habilement et systématiquement de multiples sciences, principes et concepts, dont les sciences de l'apprentissage et de l'instruction, les neurosciences, la pédagogie active, l'apprentissage en ligne, le design graphique ainsi que l'art oratoire.

Prenant appui sur des résultats probants et les meilleures pratiques qui découlent de ces sciences, principes et concepts ainsi que sur de nombreuses expériences réalisées au cours des dernières années, cet article a pour but d'identifier les différentes étapes et stratégies essentielles à mettre en œuvre lors de la création, de la conception et de la connexion avec l'auditoire dans le cadre d'une communication utilisant un logiciel de présentation (ex. : PowerPoint, Keynote, Prezi, Google slides).

LA MÉMOIRE À LA BASE DE L'APPRENTISSAGE

De nombreux travaux de recherche, articles et livres ont été publiés depuis les 20 dernières années et nous éclairent sur les bonnes pratiques et les résultats probants à appliquer lors de la conception d'une communication utilisant un logiciel de présentation (Berk, 2011; Bucher et Niemann, 2012; Horvath, 2014, 2019; Kosslyn, Kievit, Russell et Shephard, 2012; Mayer, 2009, 2010; Reynolds, 2020; Wecker, 2012).

Dr Richard Mayer, professeur de psychologie à l'Université de Californie à Santa Barbara et auteur de plus de 500 publications, a été l'un des pionniers des recherches nous aidant à mieux comprendre comment améliorer l'apprentissage par l'utilisation des multimédias, notamment par la théorie cognitive d'apprentissage multimédia qu'il propose.

LA THÉORIE COGNITIVE D'APPRENTISSAGE MULTIMÉDIA

Cette théorie est concrètement basée sur trois postulats largement reconnus en sciences cognitives (Mayer, 2009) :

1. la théorie du double codage suppose qu'on apprend par deux canaux distincts : le verbal et l'auditif (Paivio, 1986);
2. la mémoire de travail a une capacité limitée (Baddeley et Logie, 1999);
3. l'apprenant est actif dans son apprentissage et utilise des connaissances et des expériences antérieures pour en construire de nouvelles (Mayer, 2009).

Selon la théorie du double codage (Paivio, 1986), nous captons les informations par deux canaux distincts, soit le canal visuel pour les images et le texte, puis le canal auditif pour la narration et les sons. Il est donc préférable d'utiliser les images avec de la narration plutôt qu'avec du texte en vue d'éviter la surcharge du canal visuel (Mayer, 2009). Bien qu'il soit capital de solliciter ces deux canaux pour traiter les informations de manière plus efficace (European Heart Association, 2017), s'adapter au mode de fonctionnement ainsi qu'aux limites du cerveau, en termes de sélection, d'organisation et d'intégration des nouvelles connaissances, s'avère essentiel. En ce sens, la théorie cognitive d'apprentissage multimédia apporte un éclairage intéressant sur ces processus, comme illustré à la **Figure 1** (Mayer, 2009).

La mémoire sensorielle est la porte d'entrée des informations; elle capte tout ce qui nous entoure et nous permet d'être alerte face à toute menace. La mémoire de travail agit comme un processeur dans la sélection et l'organisation des informations qui proviennent de la mémoire sensorielle et auxquelles elle porte attention. L'apprenant combine ces informations sélectionnées avec ses connaissances et ses expériences antérieures de même qu'avec tout ce qui est déjà emmagasiné dans sa mémoire long terme et le définit (personnalité, culture, statut, etc.). Cependant, la mémoire de travail a une capacité et une durée de rétention des informations très limitées. Elle peut retenir un maximum de trois ou quatre groupes d'informations à la fois. Une trop grande quantité de texte, c'est-à-dire plus de trois ou quatre regroupements d'éléments sur une même diapositive, peut provoquer une surcharge cognitive dans la mémoire de travail et une perte d'informations importantes. Cette surcharge cognitive, appelée aussi « effort mental », nuit au traitement, à l'encodage et à la rétention efficaces de l'information (Kosslyn et al., 2012; Mayer, 2009; Oakley, 2019).

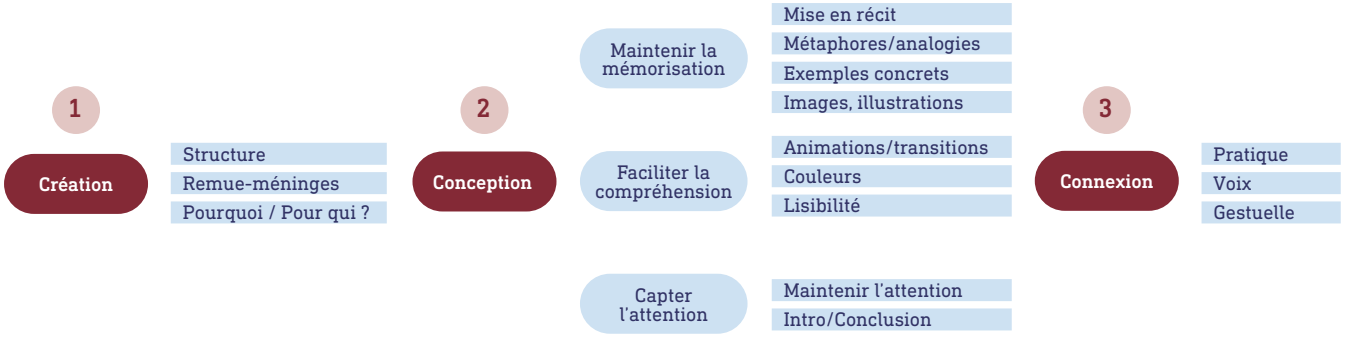
La surcharge cognitive peut également survenir lorsqu'il y a de la redondance dans une présentation, notamment lorsque nous lisons textuellement une diapositive remplie d'un texte dense. Pour éviter la redondance, il faut privilégier l'utilisation de mots-clés combinés à de la narration, ce qui limite le traitement cognitif excessif de la mémoire de travail et favorise une meilleure rétention. La segmentation d'informations complexes sur trois diapositives facilite également le traitement et la mémorisation du contenu.

LA LECTURE ET L'ÉCOUTE SIMULTANÉES : IMPOSSIBLE

En plus de nous préoccuper de la surcharge cognitive de la mémoire lorsque nous créons une présentation à partir d'un logiciel, nous devons également considérer les résultats probants qui proviennent des neurosciences, particulièrement celles qui s'intéressent à l'imagerie cérébrale et qui mettent clairement en évidence l'impossibilité de lire et d'écouter attentivement en même temps (Horvath, 2019). Cette impossibilité découle du fait que, lorsque nous lisons un texte (sur une diapositive, par exemple), une voix silencieuse est activée, comme si nous lisions à voix haute dans notre tête. Puisque le cerveau ne peut pas faire la différence entre cette voix silencieuse et celle du présentateur, il devra faire un choix pour déterminer laquelle prioriser. Une compétition d'attention est donc créée (Horvath, 2014, 2019; Wecker, 2012). Précisément, pour interpréter les sons et comprendre leurs significations, nous utilisons deux réseaux cérébraux appelés Broka et Wernicke. Comme il n'y a qu'une seule entrée vers ces réseaux, un goulot d'étranglement est généré à l'entrée. Ainsi, un seul canal sera priorisé et les autres seront bloqués; les informations qui s'y trouvent disparaîtront par le fait même.

Au cœur de cette compétition entre la voix silencieuse et celle du présentateur, le cerveau, dans l'effort de comprendre le plus possible, passe de l'une à l'autre de façon intermittente (Bucher et Niemann, 2012), ce qui crée ainsi de la confusion et une perte importante d'informations qui ne sont ni traitées ni comprises. Ainsi, parce

Figure 2
LES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT D'UNE PRÉSENTATION



Source : Johanne Martel

que nous ne pouvons pas lire et écouter simultanément (Horvath 2019, Martel, 2020), il est primordial de développer des présentations qui limitent la surcharge cognitive en misant notamment sur un visuel de qualité, des mots-clés et une narration captivante sans être redondante.

En ce sens, les connaissances provenant du design graphique, de l'apprentissage en ligne, de la pédagogie active et de l'art oratoire peuvent être mises à contribution dans le développement d'une présentation en trois étapes.

LES TROIS ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT D'UNE PRÉSENTATION

Une communication utilisant un logiciel de présentation s'apparente à un film documentaire, c'est-à-dire une mise en scène de faits, de statistiques, d'événements, de résultats et d'exemples pour faire réfléchir, ressentir et engager son auditoire vers des actions concrètes. Elle se développe en trois étapes intitulées les 3C : la création, la conception et la connexion (**Figure 2**).

La création

La période de création est importante et souvent négligée. Les présentations sont abordées comme des documents plutôt qu'un soutien visuel aux propos du présentateur. Créer de façon analogue, c'est-à-dire avec papier et crayon, tout en assurant un temps d'incubation à vos idées, permet au cerveau d'alterner entre le mode concentré et le mode diffus propice à la créativité (Oakley, 2019; Reynolds, 2020). Les meilleures idées surviennent souvent en mode diffus, soit lorsque le cerveau est libéré de toute pensée, par exemple lors d'une marche. Au début de cette étape, il est primordial de se poser les questions suivantes : *pourquoi je veux faire cette présentation* et *pour qui je veux la faire* afin d'orienter le développement de vos idées et de les structurer.

La conception

Dans toute communication, il faut considérer autant le contenu que le contenant; ainsi, des choix judicieux doivent être faits sur le plan de la conception graphique. Le design d'une présentation, c'est bien plus qu'un élément esthétique; ce sont les meilleures pratiques exploitées pour clarifier et mettre en valeur le contenu, dans le but d'assurer une meilleure compréhension et une expérience mémorable à votre auditoire (Carter, 2013).

L'auditoire doit être capable de lire, de comprendre et de ressentir l'importance ainsi que l'utilité de vos propos. Chacun des choix relatifs aux images, aux couleurs ou à la typographie doit être réfléchi. Rien ne doit être laissé au hasard. Il faut capter l'attention dès le début de la présentation et maintenir l'intérêt et la motivation tout au long de la présentation en utilisant des types de diapositives variés et en intégrant des stratégies interactives qui stimulent la participation de l'auditoire.

Enfin, le fait de conclure avec un résumé succinct et de terminer de manière inspirante et mémorable permettra aux participants de définir des repères pour le futur et d'activer le changement proposé. La conception est une étape déterminante dans le développement de la présentation et doit permettre de **capter l'attention,** de **faciliter la compréhension** et de **maximiser la mémorisation**.

La connexion

Faire une présentation orale devant un public peut se révéler anxiogène. L'art oratoire nous apprend comment gérer son stress, établir une véritable connexion avec son auditoire et s'exprimer avec assurance. Mais avant tout, pour se sentir à l'aise et projeter votre confiance en vous, la préparation et la pratique demeurent vos meilleurs alliés. La pratique à voix haute répétée plusieurs fois avant la présentation est essentielle, tout comme l'appropriation d'un « langage corporel » permettant la transmission d'un message clair, crédible et inspirant. Rappelez-vous que faire une présentation n'est pas un talent naturel, mais plutôt une habileté à développer. Montrez votre enthousiasme et votre passion pour le sujet; votre auditoire en bénéficiera assurément.

CONCLUSION

Dans un contexte où la communication est fondamentale pour initier des changements, il est important de revoir nos façons de faire en matière de présentations. Les résultats probants issus de la science méritent d'être mis à profit dans le développement de nos communications futures, lesquelles se doivent d'être efficaces, pertinentes et mémorables. En ce sens, la combinaison des connaissances provenant des sciences de l'apprentissage et de l'instruction, des neurosciences et de la pédagogie active, ainsi que les meilleures pratiques en design graphique, en apprentissage en ligne et en art oratoire, s'avèrent une voie prometteuse. Parce que la mémoire a une capacité limitée et qu'il n'est pas possible de lire et d'écouter en même temps, il faut cesser d'utiliser les logiciels de présentations assistés par ordinateur, sans prêter attention aux principes scientifiques qui permettent aux participants de comprendre et de retenir les précieuses informations que l'on souhaite transmettre.

Aujourd'hui plus que jamais, nous devons revoir nos façons de faire nos présentations afin d'en maximiser l'impact et d'assurer une meilleure rétention des nouvelles connaissances ainsi que leur intégration dans nos réalités professionnelles respectives. La population mérite des soins infirmiers de grande qualité qui répondent adéquatement à des besoins complexes et grandissants. De ce fait, les communications faites par les infirmières soignantes, enseignantes, gestionnaires et chercheures doivent favoriser le partage des connaissances. L'expérience de la présentation doit être bénéfique tant pour les présentateurs que pour les participants. Soyons audacieux et créatifs; renouvelons nos futures communications! ●

POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez notre site Web **oiiq.org** pour retrouver un complément d'information sur les trois étapes en vue du développement d'une présentation à l'adresse **oiiq.org/communication-efficace**, et apprenez-en davantage sur le site **presenterautrement.com**.

LES AUTEURES

JOHANNE MARTEL
Inf., M. Sc.

Elle a acquis une expertise dans l'élaboration, la production et la communication de présentations (conférences) dynamiques, interactives et mémorables. Elle fait part de ses connaissances et de son enthousiasme dans des conférences, des ateliers et des formations personnalisées.

JOHANNE DÉRY
Inf., Ph. D.

Elle est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Impliquée en gestion des services infirmiers, elle collabore avec les infirmières et infirmiers, les décideurs, les gestionnaires nationaux et internationaux dans divers projets visant à optimiser la pratique professionnelle par la mobilisation des équipes.

RÉFÉRENCES

Abela, A. V. (2013). «Advanced presentations by design: Creating communication that drives action», (2e éd.). Pfeiffer.

Allen, M. W. (2016). «Guide to e-Learning» (2e éd). Hoboken, NJ: Wiley.

Baddeley, A. D. et Logie, R. H. (1999). «Working memory: The multiple-component model». Dans A. Miyake et P. Shah (dir), Models of working memory: Mechanisms of active maintenance and executive control (p. 28-61). Cambridge University Press. Repéré à https://doi.org/10.1017/CBO9781139174909.005

Berk, R. A. (2011). «Research on PowerPoint®–From basic features to multimedia». International Journal of Technology in Teaching and Learning, 7(1), 24-35. Repéré à http://www.ronberk.com/articles/2011_research.pdf

Berk, R. A. (2011). «PowerPoint® engagement techniques to foster deep learning». Journal of Faculty Development, 25(2), 45-48. Repéré à http://www.ronberk.com/articles/2011_engagement.pdf

Bucher, H.-J. et Niemann, P. (2012). «Visualizing science: The reception of powerpoint presentations». Visual Communication, 11(3), 283-306. Repéré à https://doi.org/10.1177/1470357212446409

Carter, M. (2013). «Designing science presentations A visual guide to figures, papers, slides, posters and more». Elsevier.

Dirksen, J. (2016). «Design for how people learn» (2e éd.). New Riders.

European Heart Association. (2017). «La théorie cognitive d'apprentissage multimedia de Mayer: Les cours en ligne et l'apprentissage humain». European Heart Association. Repéré à https://www.heartassociation.eu/la-theorie-cognitive-dapprentissage-multimedia-de-mayer-les-cours-en-ligne-et-lapprentissage-humain/?lang=fr

Haven, K. F. (2007). «Story proof: The science behind the startling power of story». Libraries Unlimited.

Horvath, J. C. (2014). «The Neuroscience of PowerPoint™». Mind, Brain, and Education, 8(3), 137-143. Repéré à https://doi.org/10.1111/mbe.12052

Horvath, J. C. (2019). «Stop talking, Start influencing». Exisle Publishing.

Kosslyn, S. M., Kievit, R. A., Russel, A. G. et Shephard, J. M. (2012). «PowerPoint® presentation flaws and failures: A psychological analysis». Frontiers in Psychology, 3(230), 1-22. Repéré à https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00230

Kromka, S. M. et Goodboy, A. K. (2019). «Classroom storytelling: Using instructor narratives to increase student recall, affect, and attention». Communication Education, 68(1), 1-24. Repéré à https://doi.org/10.1080/03634523.2018.1529330

Lebelle, B. (2011). «L'art des présentations PowerPoint – De la réalisation technique à la performance oratoire». Paris: Eyrolles.

LeBorgne, W. (2018). «Vocal branding: How your voice shapes your communication image». Youtube. Repéré à https://www.youtube.com/watch?v=p_ylzGfHKOs

Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M.-C. (2009). «Animer un processus de transfert des connaissances – Bilan des connaissances et outil d'animation». Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1012_AnimerTransfertConn_Bilan.pdf

Martel, J. (2020). «On ne peut pas lire et écouter en même temps». Youtube. Repéré à https://youtu.be/LaeBUnJY1OQ

Martin, A. et Grudziecki, J. (2006). «DigEuLit: Concepts and tools for digital literacy development. Innovation in Teaching and Learning in Information and Computer Sciences, 5(4), 249-267. Repéré à https://doi.org/10.11120/ital.2006.05040249

Mayer, R. E. (2009). «Multimedia learning» (2e éd.). Cambridge University Press.

Mayer, R. E. (2010). «Applying the science of learning to medical education». Medical Education, 44(6), 543-549. Repéré à https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03624.x

Oakley, B. (2019). «On ne naît pas brillant, on le devient» [trad. N. Dupin). FIRST Éditions.

Ouellet, J., Maillé, M., Durand, S. et Thibault, C. (2011). «La formation continue pour la profession infirmière au Québec – Norme professionnelle». Montréal: Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Repéré à https://www.oiiq.org/la-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-quebec-norme-professionnelle

Paivio, A. (1986). «Mental representations: A dual coding approach». New York: Oxford University Press.

Paradi, D. (2012). «Selecting the correct font size». Thinkoutsidetheslide. Repéré à https://www.thinkoutsidetheslide.com/selecting-the-correct-font-size/

Parr, B. (2015). «Captivology: The science of capturing people's attention». HarperCollins.

Pepin, J. (2020). «L'apprentissage, la formation et l'assurance qualité à l'heure de la pandémie: interdépendance, innovation et leadership!». Montréal: SIDIIEF. Repéré à https://sidiief.org/article/lapprentissage-la-formation-et-lassurance-qualite-a-lheure-de-la-pandemie/

Reynolds, G. (2020). «Presentation ZEN: Simple idea on presentation design and delivery» (3e éd.). New Riders–Pearson Education.

Simon, C. (2016). «Impossible to ignore. Creating memorable content to influence decisions». McGraw Hill Education.

Wecker, C. (2012). «Slide presentation as speech suppressors: When and why learners miss oral information». Computers & Education, 59(2), 260-273. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.compedu.2012.01.013

Weinschenk, S. M. (2011). «100 THINGS every designer should know about people». New Riders.

Williams, R. (2010). «The non-designer presentation book, principles for effective presentation design». Peachpit Press.

DEUX MICROPROGRAMMES DE 1ER CYCLE RÉVISÉS
Offerts totalement à distance | Automne 2021

Soins infirmiers en cardiologie
6 crédits

Soins critiques
15 crédits

OFFERTS À DISTANCE

Ces microprogrammes permettent aux infirmiers et infirmières :

- D'acquérir des connaissances approfondies en cardiologie ou en soins critiques;
- De développer la compétence à l'exercice infirmier dans ces domaines à l'aide de visionnements de mises en situation cliniques et d'études de cas;
- De bénéficier de l'enseignement multidisciplinaire offert par plusieurs intervenantes et intervenants experts dans leur domaine;
- De réaliser des cours universitaires totalement à distance, sans sortir de chez soi et selon son horaire.

INFORMATION
sc-sante@uqat.ca
uqat.ca/sante

UQAT

TD Assurance
Meloche Monnex

On est prêts pour vous

Membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, sentez-vous en confiance grâce aux taux privilégiés offerts par TD Assurance.

Vous pourriez économiser grâce à nos tarifs d'assurance auto et pour propriétaire, copropriétaire et locataire.

TD Assurance est fière de soutenir l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à titre de présentateur officiel de la Soirée Florence.

Obtenez une soumission et découvrez combien vous pourriez économiser!

Allez à tdassurance.com/oiiq
ou composez le 1-866-269-1371

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par Sécurité Nationale compagnie d'assurance. Il est distribué par Meloche Monnex Assurance et Services Financiers inc. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. Agence en assurance de dommages, au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan.

MD Le logo TD et d'autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.

FINALISTES **FLORENCE** 2021

Leadership

Engagement professionnel

Enseignement et recherche en sciences infirmières

Excellence des soins

Pratique **collaborative**

Promotion de la santé

Relève

SOIRÉE FLORENCE
VIRTUELLE
2021

6 mai 2021

En direct de votre univers

Animée par
France Beaudoin
et ses invités

SEULEMENT
20$

La Soirée Florence est de retour en 2021 et sera **entièrement diffusée en ligne!** Prenez part à la grande fête de la profession infirmière, animée par France Beaudoin sous la thématique de l'émission à succès *En direct de l'univers*.

Nous y soulignerons le parcours impressionnant des **21 finalistes des Prix Florence et rendrons hommage à l'ensemble des infirmières et infirmiers** pour leur travail durant la pandémie. Remise de prix, entretiens, performances et artistes mystères seront également de la partie.

Dépêchez-vous de vous procurer un billet!
oiiq.org/soiree-florence

Organisée par
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Présentée par
TD Assurance

Au profit de
Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Mot du président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Les infirmières et infirmiers d'exception se retrouvent partout : dans l'ensemble des domaines de pratique, des milieux de travail et des régions. Cette soirée est l'occasion parfaite de mettre en lumière l'étendue de leur expertise et l'impact inestimable qu'ils ont sur l'amélioration des soins à la population.

LUC MATHIEU, inf., D.B.A.

Mot de la présidente de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

La Fondation finance des projets et des initiatives qui aident les infirmières et infirmiers à adopter, dans leur quotidien, les pratiques les plus efficaces pour mieux soigner, au plus grand bénéfice des patients. Au nom de la Fondation et de tous les porteurs de projets, je tiens à vous remercier pour votre implication dans l'avancement des sciences infirmières et l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'accès aux soins de la population québécoise.

LYNE TREMBLAY, inf., M. Sc. inf.

Mot de la présentatrice officielle

À titre de présentatrice officielle de la 18e Soirée Florence, TD Assurance est fière de participer au rayonnement de la profession infirmière. Depuis maintenant 23 ans que nous avons le plaisir de compter l'OIIQ comme partenaire de programme d'affinité et d'appuyer cette profession admirée des Québécois.

Le professionnalisme, l'expertise ainsi que l'engagement que vous démontrez méritent vraiment d'être reconnus.

Le 6 mai, joignez-vous à nous pour célébrer!

ANNA KAVANAGH
Vice-présidente
Marché de l'affinité, TD Assurance

Le comité de sélection

Catherine Derval, inf., M.Sc.
Conseillère-cadre clinique en soins infirmiers
Soins généraux, soins critiques et spécialisés – Pôle est
CISSS du Bas-St-Laurent
Direction des soins infirmiers

Odette Roy, inf., M. Sc., M.A.P., Ph. D.
Vice-présidente
Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Professeure associée à la
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Sonia Singamalum, inf., B. Sc.
Infirmière clinicienne à l'équipe de mentorat du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Julien Côté, inf., B. Sc., stomothérapeute
Conseiller en soins infirmiers, volet soins de plaies
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Michelle Nadon, inf., M.Sc.(A)
Retraitée
Adjointe à la direction des soins infirmiers – pratiques professionnelles et prévention et contrôle des infections
CISSS de Laval

Ginette Henri, inf., M. A (Gérontologie)
Retraitée
Consultante en Soins en santé mentale à la personne aînée
Travailleuse autonome

Marie-Catherine Boulanger, inf., M. Sc. inf., IPSPL
Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
CISSS de la Montérégie-Est
Clinique médicale du Faubourg

Chantal Voghel, inf., B.Sc.
Conseillère en soins infirmiers
Présidente CII
Direction adjointe, évaluation et développement de la pratique professionnelle
Direction des soins infirmiers
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CLSC Villeray)

REPRÉSENTATION DE L'OIIQ

Joanie Belleau, inf., M. Sc.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Colette Ouellet, LL. L., M.B.A., D. 2e cycle Aff. publiques
Directrice
Bureau du président

Nathalie Grandoit
Conseillère principale en communication
Direction adjointe, Communications et relations avec les clientèles

Message du ministre de la Santé et des Services sociaux

CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Notre réseau de la santé et des services sociaux a été confronté à de nombreux défis au cours des dernières années. Que l'on parle du vieillissement démographique et de la hausse des besoins de santé que cela engendre ou de la pénurie de main-d'œuvre clinique au sein de nos établissements, les infirmières et les infirmiers sont au centre des enjeux actuels. Nous avons donc à cœur de trouver des solutions qui mettent à profit leur expertise dans nos démarches pour bonifier les services offerts à la population québécoise.

La pandémie inédite que nous avons vécue depuis plus d'un an a été particulièrement éprouvante pour nous tous. Devant l'ampleur des besoins criants qu'elle est venue exacerber, nous nous sommes employés à trouver des issues créatives et novatrices pour nous sortir de cette crise ensemble. Parmi tous ces efforts, je dois saluer la remarquable résilience de nos équipes, et en premier lieu celle des infirmières et des infirmiers.

Au cours de ces mois de mobilisation sans aucune commune mesure avec ce que nous avions connu jusqu'alors dans notre réseau, j'ai pu constater votre engagement professionnel sans faille. C'est pourquoi nous avons comme priorité de favoriser votre participation à des initiatives clés qui auront des effets positifs durables sur l'offre de soins, notamment en élargissant votre champ d'exercice. Je rappelle par ailleurs que nos équipes se penchent actuellement sur certains enjeux entourant votre pratique afin de proposer des solutions concrètes, adaptées aux besoins vécus sur le terrain, notamment en ce qui a trait à la rétention de la main-d'œuvre, à la formation de la relève et aux conditions d'exercice de votre profession.

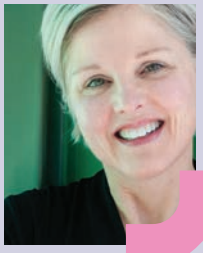
Nous savons que nous pouvons compter sur vous. Nous connaissons votre incroyable dévouement au mieux-être des usagers. Parmi vous, plusieurs se distinguent d'ailleurs tout particulièrement pour l'excellence de leur pratique. Je suis donc très fier que cette remise de prix Florence vienne souligner le caractère exceptionnel de leurs réalisations. Je tiens à les féliciter chaleureusement, au nom de toute la population du Québec.

Bonne soirée Florence 2021 à toutes et à tous!

Votre gouvernement

Québec

Leadership



PATRICIA BOURGAULT,
inf., Ph. D.

Professeure titulaire, vice-doyenne aux sciences infirmières et directrice de l'École des sciences infirmières
Université de Sherbrooke

RENÉE DESCÔTEAUX,
inf., M. Sc. inf.

Directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier universitaire de Montréal

JOHANNE DESROCHERS,
inf., M. Sc. adm.

Conseillère stratégique
Le Phare Enfants et Familles

Patricia Bourgault se distingue par sa capacité à influencer et à mobiliser les autres afin de faire évoluer les pratiques de soins et la profession infirmière. Comme chercheuse, elle a su s'entourer d'équipes interprofessionnelles autour d'un même objectif : mener des recherches aux retombées cliniques concrètes. On lui doit ainsi la cocréation du programme PASSAGE (Programme d'Apprentissage de StratégieS d'Auto-Gestion Efficaces), qui aide les personnes atteintes de fibromyalgie et de lombalgie à composer avec la douleur chronique. Patricia Bourgault a aussi contribué, avec son équipe, à améliorer les pratiques d'évaluation de la douleur en démontrant qu'il est possible de soulager la douleur postopératoire à l'aide d'un algorithme d'analgésie multimodale chez l'adulte (AAM-A).

Depuis 2014, elle dirige l'École des sciences infirmières (ÉSI) de l'Université de Sherbrooke. À ce titre, elle a pris part à la création du baccalauréat en sciences infirmières, cheminement en formation infirmière initiale offert en régime coopératif.

Son leadership s'est manifesté dans de nombreux comités provinciaux qui valorisent l'importance d'une pratique infirmière contemporaine, rendue possible grâce à des formations misant sur la compétence et l'expertise, sur le dialogue entre les parties prenantes et sur l'importance de répondre aux besoins de santé de la population.

Patricia Bourgault a encore plusieurs dossiers sur sa table, dont celui de l'évolution de la pratique infirmière, misant sur l'expertise infirmière acquise lors de la formation en collaboration avec les différents paliers d'enseignement, la promotion de la place des infirmières et infirmiers en pratique infirmière avancée et la création d'une culture de formation en sciences infirmières. ●

Tout en assumant ses mandats de directrice de soins infirmiers (DSI), cette gestionnaire inspirante aux pratiques novatrices a su faire autrement pour redéfinir la profession infirmière. « Les infirmières et infirmiers déploient 50 % de l'étendue de leur pratique, selon la recherche. La population est donc privée de soins infirmiers. Ma motivation consiste à tout faire pour combler cet écart. »

Infirmière soignante, conseillère clinique, gestionnaire, cadre supérieure, enseignante et chercheuse : au cours de ses 35 années de carrière, les actions de Renée Descôteaux témoignent de son engagement.

Véritable leader, elle ne fait jamais cavalier seul et sait habilement créer une synergie avec les gens. Rigoureuse, elle est dotée d'une grande assurance. Elle a le courage d'exprimer sa vision et de donner une impulsion de vitalité à l'ensemble de l'organisation.

Renée Descôteaux s'est grandement impliquée dans la recherche, obtenant, en 2019, le statut de chercheuse professionnelle de la santé. Collaborant à plusieurs groupes de recherche, elle est particulièrement fière du Référentiel de compétences infirmières (RéCI) dans lequel elle s'est impliquée dès le début. « Ce projet qui favorise l'autoévaluation et l'engagement du personnel infirmier à parfaire ses compétences est devenu un beau collectif d'établissements, d'universités et du ministère. »

Elle mise ainsi sur le potentiel des infirmières et infirmiers et les amène à se dépasser. Elle les incite à développer leur expertise et à prendre leur place dans les équipes interdisciplinaires. Elle est un mentor et un exemple. ●

Détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières et d'une maîtrise en administration de la santé, Johanne Desrochers a occupé des postes de gestionnaire-cadre pendant plus de trente ans. Elle a notamment été coprésidente de la télésanté du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS McGill), poste où elle a travaillé au développement d'un centre d'enseignement et de formation à distance pour les communautés éloignées et isolées, et d'une tour de contrôle soutenant à distance les équipes qui dispensent des soins de qualité en multispécialités, là où ces services étaient inaccessibles.

Son expertise en technologie de l'information (TI) lui vaut de participer à de nombreux comités pancanadiens et québécois. En 2014, elle devient directrice-générale du Phare Enfants et Familles, la première maison de soins palliatifs pédiatriques au Québec. « Un retour à la case départ », dit celle qui a commencé sa carrière en oncologie pédiatrique. Depuis 2019, elle est consultante stratégique.

Johanne Desrochers priorise les soins et le bien-être des jeunes patients et les services aux familles. Elle fait preuve d'une grande empathie pour les enfants et de respect pour le travail du personnel soignant.

Aguerrie aux alliances stratégiques, à l'innovation et à la gestion du changement, Johanne Desrochers a doté Le Phare de structures capables d'analyser et de trouver des solutions aux défis cliniques, économiques et organisationnels, tout en maintenant la réflexion éthique nécessaire pour assurer la légitimité des actions du personnel soignant.

Par sa force tranquille et sa résolution à toute épreuve, Johanne Desrochers a su faire avancer la cause des soins palliatifs pédiatriques communautaires dans notre société. ●

FÉLICITATIONS À NOS FINALISTES !

La Capitale est fière de s'associer aux Prix Florence pour rendre hommage à des personnes remarquables.

Finalistes Prix Florence 2021
Catégorie Engagement professionnel

Karine Boissonneault
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sylvain Brousseau
Université du Québec en Outaouais

Sonia Heppell
Université de Montréal

lacapitale.com/oiiq

La Capitale

Engagement professionnel

KARINE BOISSONNEAULT,
inf., ICS-PCI, M. Sc. inf.

Centre d'hébergement
de l'Hôpital général de Québec CIUSSS
de la Capitale-Nationale

En 2011, Karine Boissonneault appartenait à la première cohorte d'infirmières cliniciennes spécialisées (ICS) en prévention et contrôle des infections (PCI). « Les notions en prévention et contrôle des infections sont complexes ; la maîtrise m'a donné d'autres outils, notamment des concepts en éthique ». Son engagement tout d'abord comme membre, puis présidente de l'Association des infirmières en prévention des infections (AIPI) a été une suite logique pour « contribuer à l'évolution de la profession et de la pratique avancée ».

L'ICS s'investit non seulement en milieu de soins cliniques, mais également auprès des stagiaires, en enseignement dans les cégeps et les universités ou à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) comme membre du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). Elle a notamment participé à la rédaction d'ordonnances collectives pour le dépistage et le traitement des diarrhées à *Clostridioides difficile* (DACD).

En tant que membre du CINQ, Karine Boissonneault vise l'évolution des bonnes pratiques cliniques en PCI, principalement dans le secteur des soins de longue durée. Elle est convaincue que les équipes ayant des connaissances et des compétences en PCI, peuvent contribuer à réduire le taux d'infections nosocomiales de façon importante.

Au quotidien, l'un de ses principaux défis consiste à lutter contre la désinformation et prévenir les situations stressantes en période d'éclosion. Rassembleuse, elle a conscience que son objectif principal en guidant ses actions et interventions est de proposer aux équipes de soins et services des moyens réalistes et efficaces respectant les bonnes pratiques, particulièrement dans le contexte actuel de pandémie. ●

SYLVAIN BROUSSEAU,
inf., Ph. D.

Directeur du module des sciences infirmières,
professeur agrégé et chercheur en sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais –
Campus Saint-Jérôme

En quelques années, Sylvain Brousseau est passé d'infirmier clinicien à professeur agréé, jusqu'à devenir directeur du module des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Tout au long de ce parcours, il s'est intéressé aux conditions d'exercice difficiles et à la qualité de vie au travail des cadres infirmiers, à l'avancement de la profession, au leadership politique du personnel infirmier, ainsi qu'au développement et à la consolidation des pratiques humanistes en gestion.

Son désir de donner une voix politique aux infirmières et infirmiers l'a amené à fonder le Regroupement pour l'avenir de la profession infirmière au Québec (RAPIQ) devenu l'Association québécoise des infirmières et infirmiers, qu'il présidera jusqu'en 2018. En 2017, il fut élu administrateur représentant du Québec au Conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Élu président désigné de l'AIIC en 2020, il présidera l'organisme en 2022 pour un mandat de deux ans. « Pour moi, c'est un honneur et un privilège » qui, espère-t-il, lui permettront d'offrir une voix unifiée aux infirmières et infirmiers francophones et de renforcer les liens et les échanges entre les membres de la profession des différentes provinces et territoires.

Très impliqué au niveau universitaire, Sylvain Brousseau siège aussi comme professeur désigné à l'Assemblée des gouverneurs de l'Université du Québec.

En 2019, il a publié un ouvrage québécois inédit sur les standards de pratique en gestion pour le personnel infirmier gestionnaire. En plus, il a rédigé quelques publications sur la qualité de vie des infirmières et infirmiers gestionnaires selon une vision humaniste. ●

SONIA HEPPEL,
inf., M. Sc. inf., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes
Adjointe à la directrice des soins infirmiers (DSI) –
Volet pratiques professionnelles
Institut de cardiologie de Montréal (ICM)

Tout juste diplômée du cégep, Sonia Heppell est embauchée aux soins intensifs de l'hôpital de Baie-Comeau. Au début des années 2000, elle contribue à l'ouverture de la clinique d'insuffisance cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal (ICM) et en est responsable durant plus de cinq ans. Séduite par la cardiologie, elle poursuit sa formation en pratique avancée à Montréal. Après avoir enseigné au personnel infirmier auxiliaire et donné des cours au 1er cycle universitaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières, elle s'inscrit dans la première cohorte d'IPS. Cette formation avancée lui apparaissait comme un outil incontournable pour lui permettre de contribuer à l'amélioration des soins infirmiers et à l'avancement de la pratique infirmière.

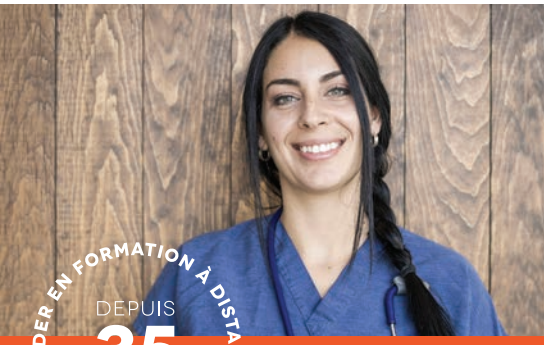
Après avoir été responsable de la formation professionnelle du programme IPS, Sonia Heppell devient, en 2016, coordonnatrice de stages pour les IPS à l'Université de Montréal. « Je connais très bien les milieux propices à l'apprentissage et je collabore à favoriser l'arrimage entre les besoins de formation et de développement des futures IPS et ceux des établissements de santé », souligne-t-elle, spécifiant que sa pratique clinique a contribué à sa pertinence dans son rôle universitaire.

Depuis janvier 2020, Sonia Heppell poursuit sa pratique au sein de l'équipe de l'ICM en tant que directrice adjointe – volet pratiques professionnelles. Pour elle, son nouveau rôle à l'ICM n'est, en fait, que la suite de son investissement à favoriser la formation et le développement d'une pratique infirmière avancée, et ce, dans un esprit collaboratif essentiel à la qualité des soins et des services. ●

L'UQAT se démarque depuis 35 ans

GRÂCE À SA FORMATION À DISTANCE DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

- Des professeures et professeurs reconnus et experts dans leurs domaines.
- Une méthode d'enseignement innovante et adaptée à votre horaire.
- Près de 15 programmes offerts : cardiologie, examen clinique, pratique en région éloignée, réadaptation, santé et sécurité au travail, santé mondiale, soins critiques et cliniques.



LEADER EN FORMATION À DISTANCE
DEPUIS 35 ANS
UQAT

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, c'est :

Un **vaste réseau de services** répartis dans quatre quartiers de la ville : Plateau Mont-Royal, Sud-Ouest, Verdun et Ville-Marie.

Un **milieu de travail stimulant** avec près de 20 000 employés qui partagent les mêmes valeurs : respect, engagement, passion, collaboration et bienveillance.

Plus d'une centaine d'installations, dont 17 CHSLD, 6 CLSC, 2 centres de réadaptation et 2 hôpitaux (Notre-Dame et Verdun), affiliées à l'Université de Montréal.

Un **leader montréalais en santé urbaine** et dans des domaines tels que la santé publique, la gériatrie, la protection de la jeunesse, la santé mentale, dépendance et l'itinérance, la réadaptation physique et intellectuelle.

Un **programme d'accueil et d'orientation,** du **soutien clinique** et de la **formation continue,** selon une philosophie de soins humaniste.

Consultez nos opportunités de carrière et postulez dès maintenant : **plusfortavecvous.ca**

« Faites comme moi et choisissez une carrière à la hauteur de vos attentes et de vos ambitions! »

Martine Duperval, vedette de la **websérie *Stagiaire d'un jour*** et fière infirmière assistante au supérieur immédiat au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Québec

Montérégie-*est*

FINALISTE AUX PRIX FLORENCE de L'OIIQ

FÉLICITATIONS
Sara Alami Hassani

BRAVO POUR TON DYNAMISME ENVERS LA RELÈVE INFIRMIÈRE!

JOINS-TOI À SARA ET À NOTRE GRANDE ÉQUIPE

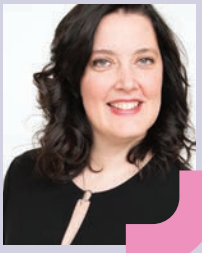
Un emploi où s'intègrent passion et collaboration,

C'est ici.

recrutementcisssme.com | Facebook.com/cisssme

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est
Québec

Enseignement et recherche en sciences infirmières



VÉRONIQUE DUBÉ,
inf., Ph. D.

Professeure agrégée
Université de Montréal,
Faculté des sciences infirmières

Avant même la complétion de son baccalauréat en sciences infirmières, Véronique Dubé était passionnée par les personnes âgées et œuvrait déjà en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Elle a poursuivi sa maîtrise pour mener un projet sur l'accompagnement des familles lors de l'hébergement de leurs proches en CHSLD. Depuis, elle développe son expertise sur le vieillissement et sur les soins à la personne âgée, tant au niveau national qu'international.

Elle obtient son doctorat à l'Université de Montréal, puis s'envole pour le Toronto Rehabilitation Institute – University Health Network pour un stage postdoctoral. Ces deux années lui permettent de mener un projet sur l'évaluation des effets d'une pratique réflexive infirmière auprès de personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif sévère en soins de longue durée.

De retour à la Faculté des sciences infirmières, Véronique Dubé devient, en 2016, la première titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal. Les travaux de la Chaire montrent l'impact positif du personnel infirmier sur les personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer et leurs proches aidants, des personnes en situation de vulnérabilité trop souvent oubliées.

Vulgarisatrice, Véronique Dubé insiste sur la relation de confiance qu'elle souhaite instaurer en tant que professeure auprès de ses étudiantes et étudiants. Elle n'a de cesse de les faire évoluer vers l'excellence et les encourager à considérer la recherche pour trouver des réponses à leurs préoccupations cliniques ainsi qu'à mettre en œuvre des interventions novatrices pour prendre soin des personnes âgées et de leurs proches. ●

CÉLINE GÉLINAS,
inf., Ph. D.

Professeure agrégée
Université McGill – École des sciences infirmières Ingram
Chercheuse
Centre de recherche en sciences infirmières
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
– Hôpital général juif

Après avoir terminé son baccalauréat en sciences infirmières, Céline Gélinas travaille comme infirmière, principalement aux soins intensifs. Cette pratique l'inspire pour la poursuite de ses études au doctorat et postdoctorat et de sa carrière en enseignement et en recherche.

« Les situations complexes de gestion de la douleur et l'absence d'outil pour l'évaluer chez les personnes incapables de communiquer ont été ma motivation à l'avancement des connaissances dans ce domaine », explique-t-elle.

Dans le cadre de ses études, elle a créé une Échelle d'évaluation comportementale de la douleur (sigle en anglais : CPOT), désormais implantée dans des unités de soins intensifs en Amérique, en Europe et en Asie, et disponible en 20 langues. Plus récemment, elle et son équipe ont implanté un projet de transfert des connaissances visant à améliorer la gestion de la douleur en soins intensifs selon une approche de collaboration interprofessionnelle (sigle en anglais MPIC-ICU).

Céline Gélinas a un très grand souci de faire avancer la profession infirmière dans ses projets de recherche et son enseignement. En ce sens, elle amène ses étudiantes et étudiants à réfléchir sur les effets des connaissances acquises et de leurs travaux de recherche sur la pratique clinique.

Céline Gélinas est aussi impliquée dans le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ). Elle a été coresponsable de l'axe de recherche sur les soins personnalisés et la gestion de symptômes. Plus récemment, elle a été nommée codirectrice du RRISIQ. ●

MANON LACROIX,
inf., M. Sc. inf., IPSPS

Professeure agrégée
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Infirmière praticienne spécialisée en soins
de santé primaires
Centre de santé communautaire du Témiskaming
(CSCT), Ontario

Manon Lacroix s'est intéressée aux clientèles vulnérables. Alors qu'elle exerce en CLSC, elle participe au déploiement du virage ambulatoire, mettant sur pied de nouveaux services, comme les soins à domicile et l'accueil santé. Son objectif : favoriser l'accessibilité aux soins et l'équité pour la population.

C'est dans cette optique qu'elle s'inscrit au programme de maîtrise pour infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires (IIP-SSP) de l'Université Laurentienne, à Sudbury.

Elle consacre ensuite temps et énergie à vendre ce nouveau rôle au Québec et à développer un programme conjoint (UQAT-McGill) de formation des IPSPL. « Cela a pris 10 ans avant que les premières personnes diplômées entrent en poste, mais ça en valait la peine », dit-elle.

Comme professeure, Manon Lacroix se démarque par sa disponibilité exemplaire. Que ce soit par téléphone ou courriel, elle répond aux questions des étudiantes et étudiants, et est à l'écoute de leurs inquiétudes. Son succès repose sur sa générosité et sa capacité d'utiliser de multiples méthodes pédagogiques, comme de faire appel à un mannequin vivant sur lequel une artiste a peint tous les organes internes pour réviser des notions d'examen physique. Son but premier est d'améliorer le jugement clinique chez ses étudiantes et étudiants.

Manon Lacroix a instauré le mentorat pour le jeune personnel enseignant au Département des sciences de la santé à l'UQAT. Une façon de partager ce qui ne s'apprend pas en sciences infirmières comme la gestion de classe et d'aider à la transition vers un rôle de pédagogue. ●

BANQUE NATIONALE

Parce que vous y mettez votre cœur et votre savoir-faire

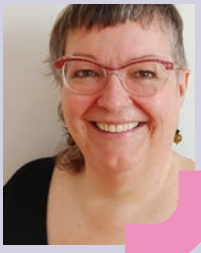
Banque Nationale applaudit le travail exceptionnel des finalistes des prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Fière partenaire de

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

bnc.ca/infirmier

Excellence des soins



LIETTE DESJARDINS,
inf., B. Sc.

Infirmière à la retraite

Liette Desjardins a marqué la profession par son engagement et son implication auprès des personnes atteintes de troubles de santé mentale. Encore aujourd'hui, elle reste présente pour cette communauté du Sud-Ouest de Montréal.

Elle était encore étudiante en soins infirmiers au Cégep de Sept-Îles lorsqu'elle a su que la santé mentale deviendrait son domaine d'exercice.

Pendant 40 ans, elle a défendu le point de vue du rétablissement en cultivant l'espoir chez la personne et son entourage. Elle prône des approches d'*empowerment* comme la gestion autonome des soins et des symptômes, l'inclusion des proches et des ressources communautaires dans une proximité de soins.

Liette Desjardins a participé à divers projets de recherche notamment en urgence psychiatrique, avec la validation du volet santé mentale de l'Échelle de triage et de gravité (ETG). Elle a aussi contribué à former ses collègues. « Devant des cas de santé mentale, plusieurs infirmières et infirmiers aux urgences et ailleurs croient ne pas avoir les compétences pour intervenir, mais c'est faux. Des outils existent pour pouvoir dire : "Je peux faire quelque chose." Pour moi, c'est une grande réussite que de redonner du pouvoir aux individus. »

Elle s'intéresse aussi à la structure organisationnelle de la profession. Elle croit sincèrement au pouvoir, trop souvent sous-utilisé, de la communauté infirmière. Elle-même n'hésite pas à intervenir comme lorsqu'elle était blogueuse. À titre de membre d'une table des partenaires en santé mentale, Liette Desjardins a favorisé des approches collaboratives en aidant à briser les enjeux de chasse gardée émanant du milieu hospitalier. ●

FETEN KARIA,
inf.

Infirmière en gériatrie active
Hôpital de l'Enfant-Jésus,
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Alors qu'elle immigre au Québec, Feten Karia est déterminée à poursuivre sa carrière d'infirmière. Tout en suivant le programme d'intégration à la profession infirmière, elle travaille comme préposée aux bénéficiaires dans des résidences privées, puis à l'unité de gériatrie de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

L'équipe remarque immédiatement son travail impeccable et les patientes et patients ne tarissent pas d'éloges : attentionnée, à l'écoute, perfectionniste, ouverte à travailler en équipe. Ces qualités lui valent une place d'infirmière dès l'obtention de son diplôme.

Rapidement, ses supérieures lui confient l'accueil des stagiaires et du nouveau personnel, puis le poste de bras droit de l'assistante infirmière-chef de jour. Une grande marque de confiance et une preuve qu'elle a relevé le défi de l'intégration, selon elle. « Quand je suis arrivée, j'avais tout à apprendre. Les symptômes sont pareils, mais la façon de réagir, les protocoles, la spécialité, tout était nouveau. Ça n'a pas été facile, mais je pense avoir réussi. »

Feten Karia excelle à communiquer les objectifs de ses plans thérapeutiques et sait utiliser les données probantes pour prendre des décisions.

Auprès de la clientèle, elle use de stratégies comme la diversion, la thérapie occupationnelle, l'écoute active et le toucher thérapeutique afin de diminuer les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Une approche qui lui a valu d'être choisie comme représentante au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ). ●

CHANTAL LEDUC,
inf., B. Sc., stomothérapeute

Infirmière clinicienne
CHU Sainte-Justine

Chantal Leduc travaille auprès des mères et des enfants du CHU Sainte-Justine depuis 33 ans, dont 21 consacrés au soin des plaies et des stomies. Son expertise clinique est reconnue au sein du CHU, des réseaux québécois et canadien de la santé pédiatrique et au niveau international.

Une expertise qu'elle partage en présentant des conférences et des formations. Elle a ainsi amené plusieurs infirmières et infirmiers à s'intéresser à la prévention et au traitement de diverses plaies et des stomies. « C'est aussi ça, l'excellence des soins, avoir soif de communiquer ses connaissances, de les transférer à la relève », souligne celle qui a créé un programme de e-Learning en prévention des lésions de pression. Elle collabore régulièrement avec les différentes équipes médicales afin d'offrir le meilleur plan de traitement. Elle travaille, par ailleurs, activement au transfert des connaissances et des meilleures pratiques.

Chantal Leduc se distingue par ses capacités à innover dans la prise en charge de sa jeune clientèle. « Avec les enfants, on ne peut pas faire un soin envahissant sans d'abord établir un lien de confiance. »

Une clientèle souvent très vulnérable et dépendante, mais ô combien combattante… C'est une leçon de vie à tout coup.

La profession infirmière lui a permis d'aiguiser sa curiosité et de se perfectionner dans plusieurs domaines.

Ses connaissances, son expérience et ses qualités humaines d'ouverture et d'écoute font de Chantal Leduc une présence rassurante pour les jeunes et leurs parents.

Elle demeure passionnée par son travail et prête à poursuivre ce chemin si bien tracé. ●

WHITE CROSS • Québec

WHITE CROSS

FÉLICITATIONS À :

FRANÇOIS AUBÉ, Inf., M. Sc. Inf.
CISSS de Laval

DAVID GOURDE, Inf., B. Sc. CRE.
CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal

JUDLÈNE JOLTÉUS, Inf., B. Sc. étudiante à la maîtrise
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Finalistes du prix Florence de la Pratique collaborative 2021

VOIR NOS COLLECTIONS SUR :
whitecross.quebec

Pratique collaborative

FRANÇOIS AUBÉ,
inf., M. Sc. inf.

Infirmier clinicien au suivi systématique
de la clientèle AVC
CISSS de Laval

Après avoir obtenu une maîtrise en sciences infirmières, François Aubé devient, en 2015, infirmier clinicien au suivi systématique de la clientèle AVC au CISSS de Laval. Il procède à l'évaluation des patientes et patients, anime les rencontres interprofessionnelles quotidiennes, fait le lien entre la personne soignée, ses proches et l'équipe interdisciplinaire, intervient dans la planification du congé, donne l'enseignement et assure la liaison entre les services hospitaliers, de réadaptation et communautaires.

Dans sa quête pour améliorer la qualité des soins, François Aubé valorise la valeur ajoutée du personnel infirmier et soutient le rehaussement des compétences infirmières en AVC. « Mon rôle consiste à lui permettre d'exercer son leadership et d'interagir avec les membres de l'équipe en exprimant ses observations, ses évaluations et son opinion quant à l'évolution de la patiente ou du patient. »

François Aubé participe à l'actualisation d'un plan d'action pour améliorer la pratique en AVC et a contribué à l'élaboration d'un protocole infirmier sur la surveillance des personnes ayant subi un AVC. Il travaille à déterminer des indicateurs de mesure de qualité et collabore à la mise à jour d'outils cliniques. Il a mis en place plusieurs formations notamment sur la mobilisation sécuritaire des usagers, ce qui a favorisé l'implication de toute l'équipe interdisciplinaire.

Pour établir une collaboration patient-partenaire, François Aubé a coconstruit un guide à l'attention des usagers et de leurs familles, projet qui a augmenté de façon importante leur satisfaction. ●

DAVID GOURDE,
inf., B. Sc.

Infirmier clinicien – Intervenant pivot en
maladie pulmonaire chronique
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Expert clinique en maladie pulmonaire chronique, David Gourde est d'une rigueur scientifique exemplaire, ce qui lui a permis d'acquérir une grande crédibilité auprès de ses collègues et des autres professionnels. Affilié à de nombreuses associations d'experts en santé pulmonaire, il est au fait des dernières lignes directrices et des meilleures pratiques.

Infirmier clinicien, David Gourde a terminé un baccalauréat en sciences et un diplôme d'études collégiales en inhalothérapie, une expérience qui l'a sensibilisé à l'interprofessionnalisme. Rassembleur, il crée des ponts entre les professions. Il est aussi formateur et a notamment conçu des outils cliniques et des formations, comme celle sur la dyspnée chronique.

Ses conférences sur la gestion des crises pulmonaires aiguës et sur les moyens de les prévenir sont appréciées des patients qu'il incite à agir en suscitant chez ces personnes de la confiance en leur capacité et de la motivation.

David Gourde souhaite que les infirmières et infirmiers rayonnent dans l'organisation et dans le réseau. Lui-même ambassadeur de la profession, il estime que le personnel infirmier est essentiel à la création d'un meilleur avenir pour les personnes atteintes de maladies respiratoires.

Outre son travail, David Gourde siège au Conseil d'administration de l'Association pulmonaire du Québec et au Conseil de leadership de l'assemblée des Professionnels canadiens en santé respiratoire (PCSR) de la Société canadienne de thoracologie. Grâce à ses compétences et à son réseau étendu d'experts et de chercheurs, son influence s'étend à tout le Québec. ●

JUDLÈNE JOLTÉUS,
inf., B. Sc. inf.

Infirmière clinicienne
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Dès son arrivée dans l'équipe de neurologie du CHUM, en 2012, Judlène Joltéus s'est distinguée par son enthousiasme, son professionnalisme, ses initiatives et ses habilités relationnelles. De 2017 à 2020, elle est infirmière clinicienne en neurologie vasculaire, volet ressource en thrombectomie, avec un intérêt particulier pour la rigueur, la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients et pour le développement du rôle infirmier.

Avec ses collègues, Judlène Joltéus assure annuellement des soins sécuritaires à quelque 400 patientes et patients. Dans un contexte de soins aigus où chaque minute compte, elle est la personne-ressource de l'équipe interdisciplinaire. Calme et efficace, elle assure une synergie et une cohésion permettant à l'équipe de se sentir en confiance et de mettre en place rapidement les traitements de revascularisation du cerveau, soulignent ses collègues.

Judlène Joltéus collabore à plusieurs projets d'amélioration du continuum de soins et, en 2017, elle a innové en façonnant une approche infirmière unique en thrombectomie endovasculaire. Elle s'est particulièrement illustrée lors de la cocréation et de la mise en place du parcours Locomotive destiné à la réadaptation précoce des patients, qui a valu au programme de santé neurovasculaire du CHUM une distinction d'Agrément Canada en 2019.

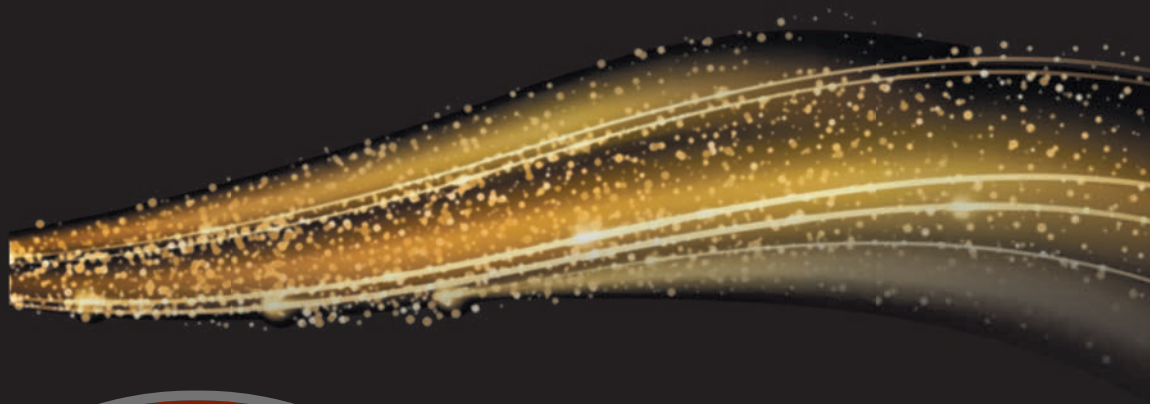
Enfin, Judlène Joltéus sait mobiliser son bagage antérieur d'enseignement en soins infirmiers pour mettre en place au CHUM des outils cliniques, des formations personnalisées, ainsi que du matériel éducatif, en présentiel et en ligne, destiné aux patients et à leurs proches, au grand public et à ses collègues partenaires du réseau de la santé. ●

FÉLICITATIONS

À TOUS LES LES FINALISTES DE LA SOIRÉE FLORENCE 2021

MERCI DE CONTRIBUER ACTIVEMENT

à l'amélioration de la qualité de vie et de santé des Québécois. Votre engagement est une véritable source d'inspiration !



CODE BLEU

PLACEMENT EN SANTÉ

FIER PARRAIN DE LA CATÉGORIE
« PROMOTION DE LA SANTÉ »

CODEBLEU.CA

cv@codebleu.ca
1-877-343-BLEU

AP-2000016

Promotion de la santé

CÉLINE HUBERT,
inf., B. Sc. inf., D.E.S.S. adm.

Ex-directrice générale
Services Santé Plus
Infirmière à la retraite

Dès ses débuts, Céline Hubert se passionne pour les soins obstétriques et périnataux et entreprend d'améliorer l'accès à des soins obstétriques intégrés de proximité pour les familles de l'Abitibi-Ouest.

Elle met sur pied un plan de formation en cours d'emploi afin d'assurer la relève à la salle d'accouchement et en centre de périnatalité. Elle élabore un programme de 15 semaines de rencontres destinées aux futurs parents et crée un groupe de soutien à l'allaitement avec des mamans bénévoles. Son objectif : mettre en œuvre des changements de pratiques en faisant la promotion de la cohabitation parents–nouveau-nés, de l'allaitement maternel et des cliniques aux nouvelles mamans pour l'apprentissage des soins à leur nouveau-né.

Céline Hubert se distingue par sa soif contagieuse d'apprendre, son goût de l'échange et son envie de transcender les frontières qui subsistent parfois entre patientes et patients, médecins, infirmières et infirmiers ou membres de la communauté.

Ses nombreuses années d'enseignement en témoignent, tout comme son implication dans le projet de recherche-action qui engage toutes les parties prenantes dans l'élaboration de priorités d'amélioration des soins. Et ce, par l'implantation du Programme régional d'autogestion des soins en maladies chroniques. L'Abitibi-Témiscamingue reste une des seules régions à déployer ce programme d'éducation à la santé par et pour les patientes et les patients.

Céline Hubert a également coordonné les activités pour l'instauration d'un service d'hémodialyse à La Sarre et d'Info-Social 811 en Abitibi-Témiscamingue. ●

NATHALIE LAUZON,
inf., B. Sc.

Infirmière clinicienne
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

L'infirmière clinicienne a commencé sa pratique en milieu hospitalier en hémato-greffe de moelle osseuse, auprès d'une clientèle de tout âge. Après quelques années, elle travaille au CLSC des Faubourgs auprès de la clientèle jeunesse, puis au programme Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE). En 2014, elle participe au démarrage de Rond-Point, un centre d'expertise périnatale et familiale en toxicomanie qui offre des services aux femmes enceintes et aux parents d'enfants de 0 à 5 ans aux prises avec un problème de dépendance.

Nathalie Lauzon y développe son expertise en toxicomanie et parentalité, et met en place un réseau collaboratif dans la communauté pour accompagner les familles. « Ces femmes doivent relever de grands défis, elles ont honte souvent. Au centre, elles peuvent se reposer, se sentir respectées et nous faire confiance pour effectuer leur suivi de grossesse et les accompagner dans leur changement identitaire. »

Rassurante et toujours à l'écoute, Nathalie Lauzon accueille avec respect et humanisme les parents et les enfants qu'elle soigne, les plaçant toujours au centre de ses actions et interventions. Elle transmet cette approche aux personnes soignantes du Rond-Point. Elle sait aussi leur transmettre ses connaissances, son savoir et sa passion tout en les accompagnant dans le développement de leur expertise.

Récemment retraitée, elle agit à titre de consultante et de mentore au Rond-Point. Elle prépare aussi un cadre de référence pour permettre à un tel centre de voir le jour ailleurs au Québec. ●

AÏSSATOU SIDIBÉ,
inf., B. Sc. inf.

Présidente-fondatrice de l'organisme
« Vivre 100 Fibromes »
Infirmière clinicienne
Institut de cardiologie de Montréal

Infirmière clinicienne, Aïssatou Sidibé exerce dans différents secteurs de la santé depuis plus de 10 ans. D'abord en France, dans un service de soins intensifs en hématologie, depuis 2011, en cardiologie à l'Institut de cardiologie de Montréal. En parallèle, elle préside bénévolement l'organisme « Vivre 100 Fibromes » qu'elle a fondé en 2016.

L'implication d'Aïssatou Sidibé dans la cause du fibrome utérin est née de deux hospitalisations difficiles dues à la découverte de la maladie, en 2013. Infirmière devenue patiente, elle constate une méconnaissance de la maladie et un manque d'information pour les femmes affectées. Cela l'incite à créer le blog « Fibromelles » et l'organisme « Vivre 100 Fibromes » pour fournir de l'information et aider les femmes souffrant d'un fibrome utérin.

Présider l'organisme a permis à Aïssatou Sidibé de développer son leadership aux côtés d'une équipe de bénévoles et de travailler étroitement avec différentes instances publiques et privées.

Par ses actions pour accomplir la mission de l'organisme, elle contribue au développement d'une communauté de personnes et de professionnels de la santé qui désirent faire part de leurs histoires et investir leurs connaissances dans cette cause.

Inspirer d'autres femmes autour d'elle à s'engager et à faire des changements dans leur santé est, pour Aïssatou, la plus belle des réalisations. Inspirer également d'autres professionnelles et professionnels à s'intéresser à cette maladie trop souvent banalisée en créant du contenu sur le fibrome pousse Aïssatou à croire que tout est possible lorsque l'on décide de changer les choses pour son bien-être et celui des femmes. ●

La FIQ est heureuse de souligner le travail exceptionnel des infirmières de la catégorie «Relève» des prix Florence.

FÉLICITATIONS AUX FINALISTES DES PRIX FLORENCE 2021 !

fiq | fiqp

FIQ | SECTEUR PRIVÉ

INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES | PERFUSIONNISTES CLINIQUES | INHALOTHÉRAPEUTES

fiqsante.qc.ca

Relève

SARA ALAMI HASSANI,
inf., M. Sc. inf.

Chargée de cours
Université de Montréal
Conseillère-cadre en soins spécialisés
CISSS de la Montérégie-Est

Tout juste diplômée en décembre 2016, Sara Alami Hassani consacre toutes ses énergies à ouvrir les portes à ses jeunes collègues. Pour elle, être infirmière constitue un privilège et une occasion de faire briller son expertise, peu importe son expérience.

La jeune conseillère-cadre décide de prendre les rênes de son destin et d'explorer tous les moyens d'exercer son leadership : « Je veux donner à la relève un pouvoir d'influence pour qu'elle puisse assurer l'innovation dans notre système de santé québécois. Il est grand temps de reconnaître le personnel infirmier comme un professionnel de la santé, ayant toute l'expertise, les habiletés et les compétences nécessaires pour assurer une prestation efficace des soins. La relève d'aujourd'hui est l'avenir de demain! Mieux elle sera préparée et plus elle contribuera », explique-t-elle.

Comme enseignante au cégep, auxiliaire d'enseignement, puis chargée de cours à l'Université de Montréal, Sara Alami Hassani a voulu démontrer les possibilités et les leviers dont pouvaient bénéficier les étudiantes et étudiants. « Je souhaite leur transmettre un élan, leur faire comprendre qu'elles et ils sont les acteurs noyaux du changement dans les organisations de santé et les encourager à s'exprimer même en début de carrière. »

Quand on la questionne sur son avenir en tant qu'infirmière, la réponse est évidente. « Je sais que je vais rester partie prenante auprès de la relève de toutes les façons », conclut-elle, convaincue que sa détermination et sa passion sauront donner ce souffle essentiel à celles et ceux qui définiront la profession de demain! ●

LAURENCE COBO,
inf., B. Sc. inf., IMHL (c.)

Conseillère en soins infirmiers
Centre universitaire de santé McGill

La jeune infirmière n'a pas mis de temps à manifester son leadership lors de la création du Comité de la relève infirmière (CRI) du Centre universitaire de santé McGill, en 2017. Faisant fi de l'absence de balises et de références internes, elle s'est portée volontaire pour faire entendre la voix de ses collègues. La même année, elle est élue représentante de la mission neurosciences au Conseil des infirmières et infirmiers (CII).

Laurence Cobo a mis en place plusieurs projets pour soutenir la relève. Elle a, entre autres, créé un partenariat avec la direction des soins infirmiers afin d'inclure le CRI au sein de l'orientation générale des nouvelles recrues et le cours préparatoire à l'examen de l'OIIQ.

Convaincue que l'avancement de la profession infirmière passe par le développement de ses membres, Laurence Cobo a soutenu la création de la Journée carrière, permettant aux infirmières et infirmiers de la relève d'accompagner une ou un leader de l'organisation, par exemple, une infirmière en pratique avancée ou la directrice des soins infirmiers. « Il faut partager les bons coups, favoriser la collaboration des professionnels de la santé au sein des équipes, dont les infirmières, les médecins et les préposées », souligne la jeune femme qui souhaite continuer à améliorer les processus, la pratique et les technologies utilisées.

En plus de déployer ses compétences, Laurence Cobo fait rayonner son sourire et sa bonne humeur. Elle manifeste une empathie naturelle, réconfortant des patientes et des patients qui en ont souvent bien besoin. ●

MARTIN ROBERGE,
inf., Ph. D. (c.)

Infirmier clinicien de liaison
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Étudiant au doctorat en sciences infirmières à l'Université Laval, après un passage accéléré de la maîtrise, Martin Roberge se penche pour sa thèse sur l'intention des infirmières québécoises de s'impliquer de diverses façons dans le processus d'aide médicale à mourir.

Outre ses études, Martin Roberge a donné des ateliers pour sensibiliser les étudiantes et étudiants en sciences infirmières de l'Université Laval aux pratiques sexuelles saines et aux violences sexuelles. Il siège aussi aux Comités de direction et étudiant du Réseau québécois de recherche en soins palliatifs et de fin de vie (RQSPAL), au Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec, ainsi qu'au Conseil d'administration du Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec (FRESQue).

Le tout en maintenant une excellente moyenne au cours de son doctorat!

Infirmier clinicien de liaison à l'Hôtel-Dieu de Québec et à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), Martin Roberge est devenu en moins de deux ans un maillon essentiel de son équipe grâce à son dynamisme, sa grande capacité d'écoute, sa sensibilité, ainsi que son sens de l'humour et de l'organisation.

De plus, sa conviction que le travail interprofessionnel est primordial de même que son approche humaine et personnalisée envers les patients et leur famille lui permettent d'assurer une transition sécuritaire vers leur domicile. ●

Prix Florence

Nos finalistes sont inspirantes, engagées et innovantes!

Renée Descôteaux
Leadership

Judlène Jolteus
Pratique collaborative

LE CHUM, C'EST NOUS

CHUM

© photo:Adrien Williams

UDES

ÉCOLE DES **SCIENCES INFIRMIÈRES**

Pre Patricia Bourgault,
Vice-doyenne aux sciences infirmières

FIÈRE de compter parmi nous
Pre PATRICIA BOURGAULT,
finaliste pour le prix **FLORENCE**
dans la catégorie **LEADERSHIP.**

FÉLICITATIONS !

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

À LAVAL, ON CHERCHE DU PERSONNEL

CEPI, INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Une multitude de secteurs et
de regroupements de clientèle s'offrent à vous.

Venez développer vos compétences et votre
expertise dans différents services de soins spécialisés.

Possibilité d'avancement au sein des équipes.

La poursuite des études est encouragée.

lavalensante.com/carrieres

François Aubé, infirmier clinicien au suivi systématique de la clientèle AVC au CISSS de Laval, finaliste pour le prix Pratique collaborative pour les prestigieux Prix Florence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Un regard vaut mille mercis.

Tout le Québec salue votre expertise.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OIIQ.org

TD Assurance

BANQUE NATIONALE

20 ET 21 MAI

ÉTATS GÉNÉRAUX **VIRTUELS** 2021

Au cœur de l'expertise infirmière

Pour la santé des Québécois

Événement gratuit!

Une occasion unique d'influencer l'avenir de la profession infirmière et des soins à la population.

Les **20 et 21 mai**, lors d'ateliers et d'assemblées plénières, vous aurez l'occasion de prioriser des pistes d'action à mettre en œuvre en matière de reconnaissance de votre expertise, d'organisation des soins et des services, de formation et d'innovation.

Inscrivez-vous dès maintenant!
oiiq.org/inscription

Une initiative infirmière organisée par :

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Partenaires financiers des États généraux

TD Assurance

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Faculté de l'éducation permanente
Université de Montréal

Pearson ERPI

VIGI santé

Solutions NURSING L.P.C. Inc.

CODE BLEU
PLACEMENT EN SANTÉ

INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Québec

Logibec

PERSPECTIVE NUNAVIK

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles
Québec

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

CHUM
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
Québec

Fondation cancer du sein du Québec

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

© Shutterstock / Black Kings

Cas clinique
M^me HADDAD

Âgée de 34 ans, M^me Haddad est en couple, enceinte de 30 semaines et mère d'un enfant de trois ans. Sa famille vit en milieu urbain dans une tour d'habitation aux abords d'une route à fort débit et à proximité d'un centre commercial. Lors de la visite prénatale, M^me Haddad vous informe qu'elle a de plus en plus de difficulté à supporter la chaleur et se sent souvent épuisée. Elle a du mal à gérer ses activités quotidiennes. **Comment allez-vous évaluer son niveau de risque? Quelles sont les interventions infirmières qui peuvent être mises en œuvre pour aider M^me Haddad dans ces circonstances?**

Les changements climatiques et les soins infirmiers : de la connaissance à la pratique

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 **ÉVALUER**
l'importance de considérer l'environnement climatique comme une dimension à part entière de la personne, influençant sa trajectoire de soin.

02 **EXPLIQUER**
les effets des changements climatiques sur la santé des personnes.

03 **CIBLER**
les caractéristiques et conditions de santé des personnes les plus à risque d'être affectées par les changements climatiques.

04 **RECONNAÎTRE**
les risques sanitaires associés à la pollution de l'air et à la chaleur extrême et incorporer à sa pratique des interventions infirmières permettant de les réduire.

par **FIONA HANLEY, inf., B.A., B. Sc. inf., M. Sc., BRUNO PILOTE, inf., M. Sc., Ph. D. et JOANIE BELLEAU, inf., M. Sc. inf.**

Nous constatons déjà de multiples effets climatiques et environnementaux résultant des changements climatiques (CC) : vagues de chaleur et sécheresses prolongées, tempêtes et inondations majeures, fonte des calottes glaciaires, élévation du niveau des océans, feux de forêts extrêmes et augmentation de l'incidence des maladies infectieuses, telles que les zoonoses.

En juillet 2020, le Québec vivait sa quatrième vague de chaleur depuis le début de l'été. Cette condition climatique extrême est l'une des nombreuses conséquences des CC. Ces derniers menacent les déterminants sociaux de la santé, avec des effets disproportionnés sur certains groupes de la population, en particulier les enfants, les personnes âgées, les communautés à faibles revenus ainsi que les communautés autochtones et racisées.

Certaines populations sont plus à risque en raison d'une exposition plus importante, d'une sensibilité accrue ou d'une capacité réduite à faire face aux effets du climat (Islam et Winkel, 2017; Société canadienne de pédiatrie, 2019). Tout le monde ne vit pas cet épisode de chaleur de la même manière; certains peuvent bénéficier de mesures d'atténuation telles que la climatisation, tandis que d'autres ne le peuvent pas. En effet, les conséquences de la chaleur extrême sont à géométrie variable, reflet des inégalités sociales. À titre d'exemple, durant

l'été 2020, les restrictions sanitaires liées à la pandémie ont réduit l'accès aux ressources pour amoindrir les effets de la chaleur sur le corps comme les piscines publiques ou encore les lieux climatisés dont les bibliothèques, les centres communautaires et les aires de restauration, ce qui a ainsi rendu les gens confinés dans des endroits sans climatisation. Tous ces facteurs aggravent les effets de la chaleur sur la santé physique et mentale (Loewen, 2020).

Les infirmières doivent aujourd'hui considérer que les changements climatiques et les conséquences associées font partie intégrante de l'évaluation d'une personne. La dernière édition de la publication « Le Lancet Countdown sur la santé et les changements climatiques : Compte rendu à l'intention du Canada » (Desrosiers, Hackett, McGregor et Banasiak, 2020) a souligné que la pollution atmosphérique et la chaleur extrême étaient particulièrement préoccupantes pour la santé des Canadiens. Les infirmières doivent comprendre comment les changements climatiques affectent la santé des personnes et savoir comment il est possible d'agir en vue d'accompagner la personne vers une réduction des méfaits du climat. Pour y arriver, il est important de développer des connaissances sur l'influence des changements climatiques sur la santé. Cet article vise à fournir ces informations et quelques idées d'actions concrètes. Il se concentrera sur la question de la chaleur extrême et de la pollution atmosphérique. Il s'agit de deux domaines dans lesquels les infirmières peuvent jouer un rôle, notamment en ce qui concerne des actions de prévention des maladies, mais également de promotion de la santé.

QUE SONT LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES?

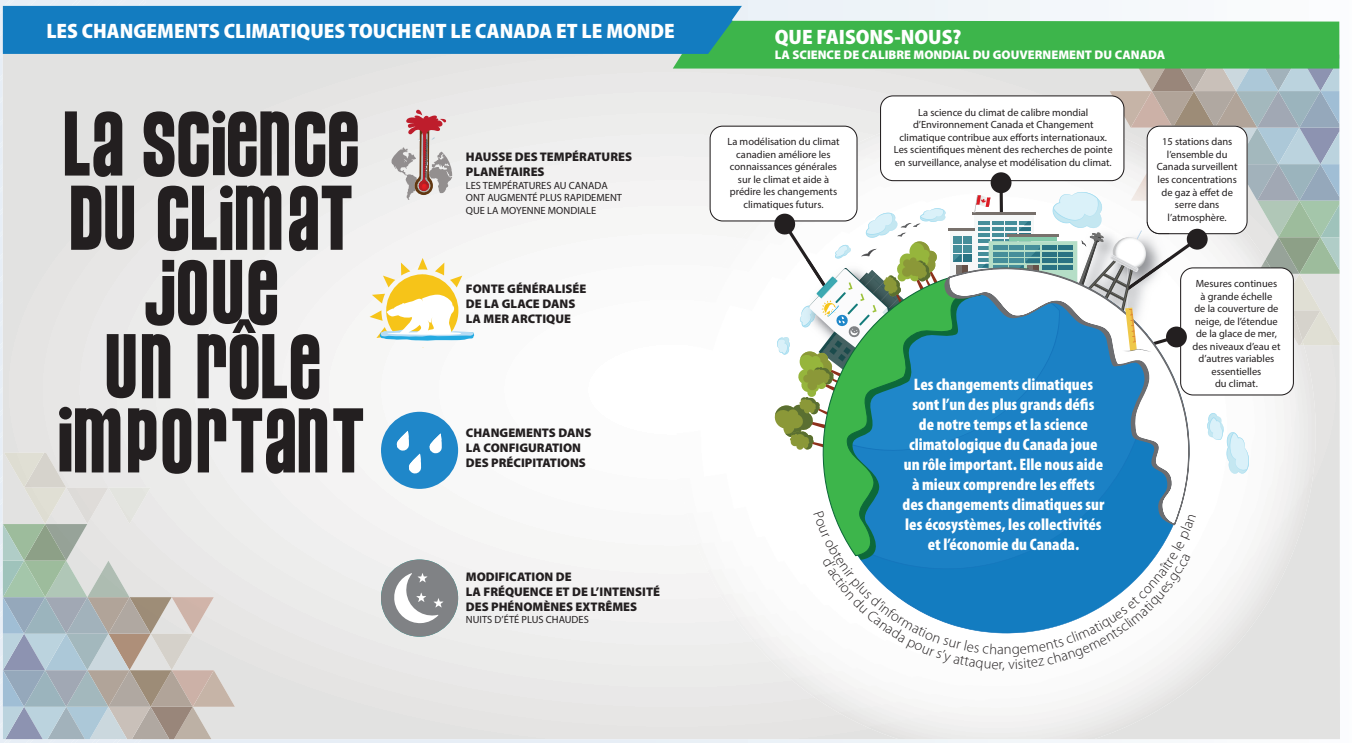
Le climat est défini comme la moyenne des conditions météorologiques sur une période de temps, allant de mois à des milliers ou des millions d'années, et le changement climatique signifie qu'il y a une modification importante du climat sur de nombreuses années (Nasa 2020; GIEC, 2013). La météo, quant à elle, fait référence à des changements à court terme de quelques minutes à plusieurs jours dans les précipitations, la température, la nébulosité, les heures d'ensoleillement, etc. Le climat de la Terre a beaucoup changé au cours de son histoire; il a connu des périodes glaciaires et des périodes chaudes. La différence aujourd'hui, c'est la vitesse à laquelle ces changements se produisent, c'est-à-dire beaucoup plus rapidement (**Figure 1**).

La température moyenne de la Terre augmente à un rythme sans précédent, surtout depuis les 50 dernières années. En 2020, l'augmentation moyenne de la température a été de 1,25 °C par rapport à la période préindustrielle (Carrington, 2021). Elle a été déclarée l'année la plus chaude jamais connue, conjointement avec l'année 2016 (Carrington, 2021; Copernicus Institute, 2021).

L'activité humaine est la principale cause des changements climatiques (Bush et Flato, 2019) en raison de la dépendance aux combustibles fossiles tels que le charbon, le gaz et le pétrole pour l'énergie, le transport, l'industrie et l'agriculture. Lorsque les combustibles fossiles sont brûlés, ils libèrent du dioxyde de carbone (CO_2) et d'autres gaz à effet de serre, qui retiennent ensuite la chaleur dans l'atmosphère terrestre, ce qui en fait des contributeurs majeurs au réchauffement de la planète et aux CC. La hausse de CO_2 concentré dans l'atmosphère est la principale responsable de l'augmentation de la température sur Terre (Watts, 2020).

En fait, les changements climatiques sont un symptôme majeur de l'influence humaine sur les systèmes naturels de la Terre, dans le cadre d'un changement profond du fonctionnement de la planète, période désormais largement connue sous le nom d'Anthropocène (Whitmee et al., 2015; Hancock, 2018). Les activités humaines ont modifié les schémas fondamentaux du fonctionnement biologique, chimique et physique normal de la Terre (Rafferty, 2020; Steffen, Broadgate, Deutsch Gaffney et Ludwig, 2015). Il s'agit d'une crise mondiale, mais son évolution diffère d'un pays à l'autre.

Figure 1
IMPACTS DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES SUR L'ENVIRONNEMENT



Source : Environnement et Changement climatique Canada

En effet, le réchauffement climatique n'affecte pas la Terre également sur toute sa surface. Les pôles sont plus affectés par les changements climatiques que les régions équatoriales. Plus précisément, les pôles subissent, d'une part, une hausse des températures moyennes et, d'autre part, une augmentation des événements extrêmes (épisodes de neige abondante, épisodes de verglas, périodes de chaleur extrême, etc.). Bien que les variations de la température moyenne soient moins marquées dans les régions de l'équateur, ces dernières subissent tout de même des événements climatiques extrêmes (allongement des périodes de sécheresse, augmentation des précipitations abondantes, etc.).

QUELLE EST LA SITUATION AU CANADA ET AU QUÉBEC ?

En 2019, un rapport produit par Ressources naturelles Canada a prédit que la tendance au réchauffement du climat devrait être deux fois plus rapide au Canada que dans le reste du monde (Bush et Lemmon, 2019). Les changements climatiques entraîneront des épisodes plus fréquents de chaleur et de froid extrêmes, une diminution du nombre de jours sous couverture de neige et de glace, une fonte de la glace de mer et du pergélisol ainsi qu'une élévation du niveau de la mer le long des côtes (Derksen et al., 2019). Par exemple, au Québec, on prévoit d'ici à la fin du siècle une hausse moyenne de 5 °C au sud de la province et de 9 °C au nord, notamment pendant les mois d'hiver (Gouvernement du Québec, 2020) (**Figure 2**).

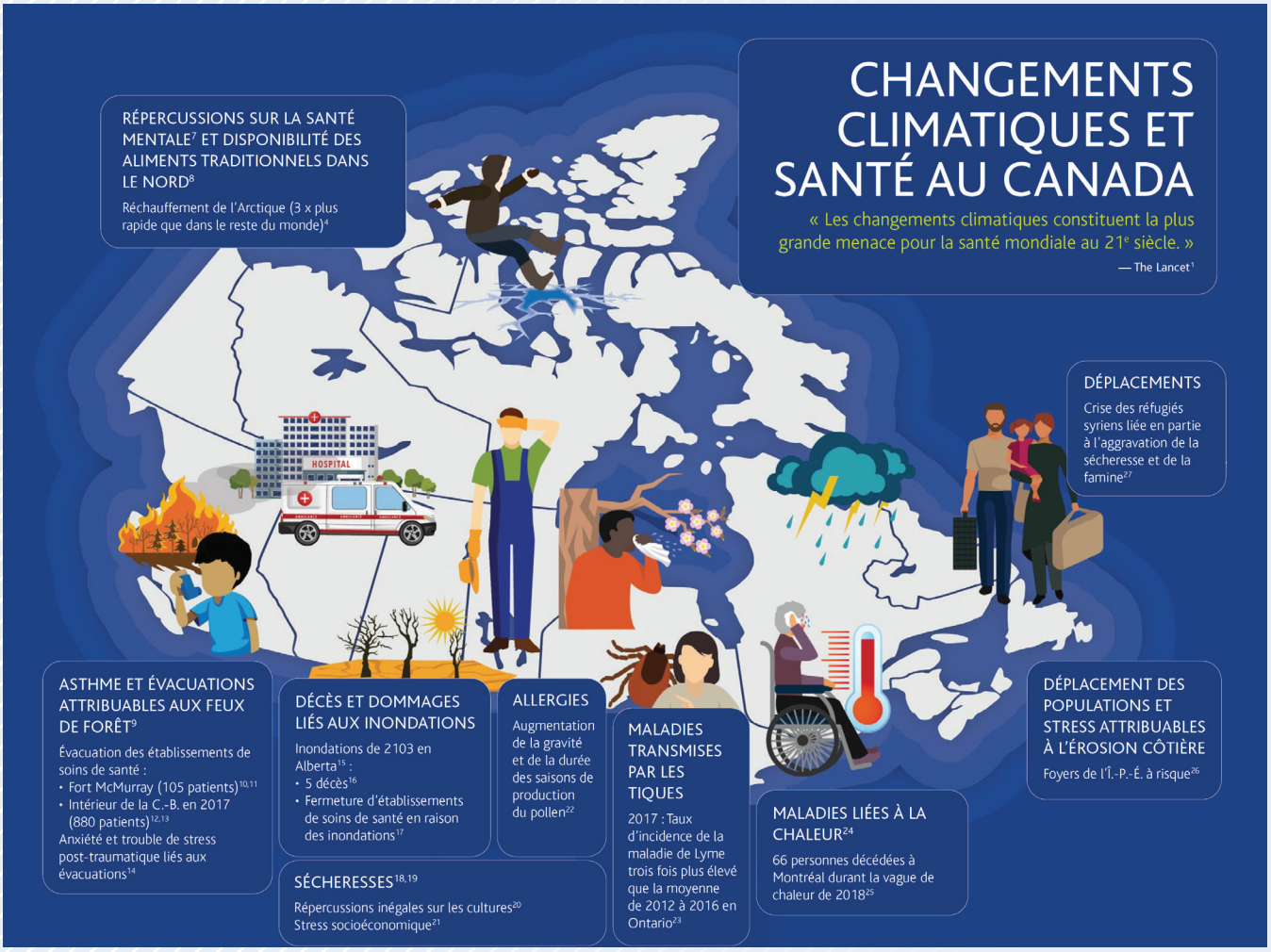
POURQUOI LES INFIRMIÈRES DOIVENT-ELLES ÊTRE FORMÉES ET INFORMÉES?

Les auteurs et les chercheurs en sciences infirmières réclament depuis longtemps une transformation de la conscience environnementale des infirmières et la nécessité d'élargir notre concept de l'environnement pour y inclure sa dimension écologique (Ballard, 2008; Falk Rafael, 2006; Hanley, 2005; Kleffel, 1991, 1996; Sattler et Lipscomb, 2003; Von Dongen, 2002).

Même si les infirmières sont conscientes des liens entre l'accessibilité à l'air frais, à l'eau potable, à une bonne alimentation et à la salubrité depuis l'époque de Florence Nightingale, l'environnement est un déterminant de la santé qui a été largement négligé dans la pratique et la formation des infirmières.

L'environnement au sens large du terme doit aussi être considéré comme une composante des soins infirmiers. Ces auteurs rappellent les responsabilités fondamentales des soins infirmiers dans la promotion de la santé, la prévention des maladies et le soulagement de la souffrance, en tant qu'expression de la prise en charge de l'humanité et de l'environnement. La dimension de l'environnement climatique doit aujourd'hui être considérée comme une dimension à part entière de la personne. Elle ne doit plus être considérée comme un élément entraînant peu d'impacts sur le devenir de la personne et n'influençant pas sa trajectoire de soins. L'environnement immédiat est l'une des dimensions que l'infirmière prend en considération lorsqu'elle intervient auprès d'une personne présentant un problème de

Figure 2
EXEMPLES DES RÉPERCUSSIONS DES CHANGEMENTS CLIMATIQUES SUR LA SANTÉ ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ AU CANADA



Source : Le Lancet Countdown sur la santé et les changements climatiques, Compte rendu à l'intention du Canada, novembre 2019.

Encadré 1
MÉCANISMES BIOLOGIQUES LIÉS À LA CHALEUR CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

Les personnes âgées présentent une diminution du taux de sudation.
Elles présentent également une diminution du flot sanguin vers la peau.
Leur débit cardiaque s'adapte plus difficilement à l'augmentation de la température.
La tolérance des personnes âgées à la chaleur diminue. Une situation attribuable à : • une piètre forme physique; • une composition corporelle différente (plus de tissus adipeux); • la présence de maladies chroniques; • la prise de médicaments favorisant l'élimination, par exemple.
Elles sont aussi plus à risque de déshydration, car elles ressentent moins le besoin de boire.

Source : Bélanger, Gosselin, Bustinza et Campana, 2019.

santé. Au premier abord, il est facile de conceptualiser l'influence que peut avoir l'environnement immédiat sur la santé de la personne, par exemple la famille offrant du soutien psychologique à la personne qui vit un épisode de maladie. Il est cependant plus difficile de conceptualiser l'influence de l'environnement, en termes de climat, comme élément contributif à l'amélioration ou encore à la détérioration de l'état de santé d'une personne.

Il faut aujourd'hui élargir notre prise en compte de l'environnement afin d'y inclure l'influence attribuable aux CC. Cette considération est notamment essentielle au moment de prendre soin d'une personne vulnérable. L'attention portée à cette dimension du climat est primordiale, puisqu'une personne peut tout aussi bien être affectée par l'exposition à un climat changeant qu'aux effets de celui-ci. Dans toute situation, la personne doit s'adapter, et parfois cette adaptation est difficile, voire carrément impossible. Bien que l'impact du climat sur la santé soit une préoccupation de santé publique (INSPQ, 2021), il a le potentiel d'influencer la santé de chacune des personnes sous nos soins. La prise en compte du climat comme vecteur potentiel d'exacerbation d'un problème de santé devient aujourd'hui non pas nécessaire, mais essentielle. Tout comme nous avons reconnu que l'environnement physique de la personne et l'endroit où elle vit peuvent affecter sa santé, il faut considérer l'environnement climatique comme un facteur influençant de diverses manières la santé des personnes.

Cliniquement, le climat doit être vu comme un élément affectant la santé de la personne au même titre que l'alimentation, la consommation d'alcool ou encore le revenu. À une certaine époque, la consommation de tabac n'était pas une dimension à laquelle les cliniciens portaient une attention diligente. Les effets néfastes de cette habitude sur la santé n'étaient alors pas aussi bien connus que maintenant. Aujourd'hui, il est normal et nécessaire d'interroger cette habitude de vie pour toute personne présentant un problème de santé aigu ou chronique.

LA CHALEUR EXTRÊME

On parle d'épisode de chaleur extrême lorsque, pendant trois jours consécutifs, la température moyenne maximale atteint 33 °C le jour et ne descend pas sous la barre des 20 °C la nuit (Santé Montréal, 2020). Au courant de l'été 2018, des vagues de chaleur incessantes en Ontario et au Québec ont fait prendre conscience

Cas clinique (suite)

M^me^ Haddad ressent parfois des étourdissements et doit alors s'allonger. Elle n'a pas de contraction et sent bien son bébé bouger, ce qui la rassure. La chaleur et le taux d'humidité élevé la fatiguent beaucoup. Par ailleurs, sa fille reste avec elle à la maison, ce qui l'inquiète. Elle aimerait l'emmener aux jeux d'eau de son quartier pour qu'elle puisse se rafraîchir, mais elle n'en a pas la force.

Vous lui conseillez alors de demeurer allongée lorsqu'elle est étourdie et de s'hydrater fréquemment au courant de la journée, tout en encourageant sa fille à boire beaucoup d'eau. Lors des journées très chaudes où la circulation est dense, elle devrait ouvrir les fenêtres du côté opposé à la route. Son milieu de vie doit être bien aéré, sans pour autant permettre aux contaminants d'entrer dans son domicile. Lors des journées particulièrement ensoleillées, les rideaux aux fenêtres devraient être tirés, bloquant ainsi en partie la chaleur du soleil. L'appartement de Mme Haddad n'étant pas climatisé, il est conseillé qu'au minimum, un ventilateur soit installé afin d'apporter un peu de fraîcheur à la pièce.

Vous l'encouragez à faire de l'exercice le matin ou le soir, lorsque les concentrations d'ozone et de smog sont moins élevées. Elle doit demeurer active, tout en respectant sa tolérance à la chaleur. Vous explorez également avec elle si, dans son réseau de soutien, elle aurait une amie ou un voisin qui pourrait accompagner sa fille au parc afin que celle-ci puisse se rafraîchir dans les jeux d'eau.

de l'importance de se préoccuper de cette dimension dans le prendre soin. Ces vagues de chaleur ont causé la mort de plus de 90 personnes au Québec, dont 66 vivant à Montréal. Parmi les personnes décédées, 72 % présentaient une ou plusieurs maladies chroniques, 66 % avaient plus de 65 ans, 25 % souffraient de schizophrénie et 18 % avaient des problèmes de dépendance aux drogues ou à l'alcool (Santé Montréal, 2019). Notons également que la plupart des victimes vivaient dans des îlots de chaleur (Santé Montréal, 2019).

La chaleur extrême et les soins infirmiers

Bien que les changements climatiques aient de multiples conséquences sur la santé, les vagues de chaleur ont un impact rapide sur la santé de la population et affectent particulièrement les personnes les plus vulnérables. L'infirmière doit aujourd'hui considérer cette dimension dans son évaluation. Elle doit non seulement identifier la personne à risque climatique, mais aussi intervenir. Au-delà de la chaleur extrême, les changements climatiques produisent également des effets sur plusieurs autres éléments entourant la santé des populations canadiennes. La **Figure 2** donne une indication de certains des risques sanitaires associés au climat au Canada. Les Canadiens sont exposés à la fois aux effets directs du climat, c'est-à-dire à la chaleur et aux conditions météorologiques extrêmes, mais aussi aux effets indirects de celui-ci, tels que les maladies infectieuses, la contamination de l'eau et des aliments, la perte de revenus et d'autres effets socio-économiques résultant des événements climatiques.

Les preuves indiquant que le changement climatique affecte négativement la santé des populations s'accumulent. Les effets d'une canicule sur la santé humaine sont nombreux et l'**Encadré 1** témoigne de l'importance de son évaluation chez les personnes âgées. La prise en considération du lieu de résidence ou encore des structures mises en place pour lutter contre la chaleur est une dimension aujourd'hui nécessaire à inclure dans l'évaluation clinique. Dans la pratique, cette prise en compte pourrait influencer vos réflexions et votre prise en charge, mais aussi les actions que vous pouvez entreprendre en termes de suivi. Il serait sûrement judicieux d'accompagner une personne âgée à une ressource, publique ou privée, si elle vit seule dans un environnement non climatisé. Certaines pathologies sont davantage affectées par une vague de chaleur ou de froid et doivent donc faire l'objet d'une plus grande préoccupation. À titre d'exemple, l'abaissement de la température moyenne hebdomadaire de 10 °C entraîne une augmentation de 7 % des hospitalisations associées à l'insuffisance cardiaque (Vanasse et al., 2017). La pollution représente également un élément d'importance dans la planification des soins.

L'infirmière devrait connaître les ressources communautaires de sa région permettant de soutenir les personnes vulnérables lors de chaleur extrême ainsi que le plan d'intervention prévu pour sa région. Pour les personnes qui sont hospitalisées lors d'épisodes de ce type dans une unité de soins non climatisée, il est primordial de veiller à ce qu'elles boivent suffisamment de liquide, même lorsqu'elles n'ont pas soif. Les patients peuvent recevoir un guide les aidant à déterminer, par la couleur de leur urine, si leur consommation de liquide est adéquate.

LA POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE

Comme le souligne la publication « Le Lancet Countdown sur la santé et les changements climatiques : Compte rendu à l'intention du Canada », la pollution atmosphérique est un autre problème de santé majeur au Canada (Desrosiers et al., 2020). La combustion de combustibles fossiles est un des principaux moteurs du changement climatique, qui non seulement entraîne des émissions de CO_2, mais provoque également la pollution de l'air. Par ailleurs, les effets des CC, par exemple l'augmentation de la chaleur et des feux de forêt, augmentent également la pollution de l'air (EEA, 2020).

Selon l'OMS, la pollution de l'air représente le plus grand risque environnemental pour la santé, expliquant un décès sur huit dans le monde (OMS 2018a.; EEA 2020). De surcroît, près de 93 % des enfants dans le monde sont exposés à des niveaux de pollution de l'air supérieurs aux recommandations de l'OMS (OMS, 2018b).

Au Canada, on estime que 14 600 personnes décèdent prématurément des suites de la mauvaise qualité de l'air. Ces décès sont principalement occasionnés par la présence dans l'air de particules invisibles à l'œil nu, telles que les particules fines, le dioxyde d'azote et l'ozone (Santé Canada, 2019). La pollution atmosphérique provient principalement de la combustion de combustibles fossiles, mais elle peut également être la résultante de processus industriels, de l'incinération des déchets, de pratiques agricoles ainsi que de sources plus naturelles comme les incendies, les tempêtes de poussière et les éruptions volcaniques. La pollution atmosphérique est composée d'un mélange de différentes substances, à la fois des particules et des gaz que l'on trouve à l'intérieur et à l'extérieur, et comprend généralement des particules fines, de la fumée, des moisissures, du pollen, du méthane et du dioxyde de carbone (Gouvernement du Canada, 2020).

L'ozone troposphérique est produit par la réaction des oxydes d'azote (NO_x) et des composés organiques volatils (COV) qui se combinent en présence de la lumière du soleil, avec des pics entre 12 h et 18 h pendant l'été. Ces composés proviennent principalement de la combustion de combustibles fossiles dans les transports et l'industrie, ainsi que de la combustion de bois résidentiel.

La pollution atmosphérique et les soins infirmiers

Tout le monde est exposé à la pollution atmosphérique, dans les zones tant rurales qu'urbaines, qui produit des effets plus ou moins importants sur la santé. La quantité de polluants ne permet pas de traduire l'impact de ceux-ci sur la santé. La pollution de l'air peut aussi avoir des effets liés à des expositions à court ou à long terme. Les effets à court terme comprennent l'irritation de la gorge, l'exacerbation de l'asthme, ainsi que l'aggravation de maladies cardiaques ou pulmonaires. L'exposition à la pollution de l'air augmente également le risque d'hospitalisation en raison du diabète et des accidents vasculaires cérébraux.

La très petite taille des particules fines et extrafines, qui proviennent principalement de la combustion incomplète de combustibles fossiles, occasionne des impacts sur la santé des personnes y étant exposées (Kearney et al., 2011; Shraufnagel, 2020). Ce type de contaminant gazeux qui est incolore, inodore et invisible se déplace rapidement dans l'air. Les particules sont capables de pénétrer profondément dans les tissus pulmonaires et dans plusieurs tissus de l'organisme, ce qui provoque un phénomène inflammatoire (Yang et al., 2020). Cette inflammation peut par exemple augmenter la viscosité du sang, favoriser la coagulation et donc augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral, de crise cardiaque et d'autres maladies circulatoires. La pollution atmosphérique est impliquée dans 23 % des décès dus aux cardiopathies ischémiques et dans 21 % des décès dus aux accidents vasculaires cérébraux (Landrigan et al., 2018). Il est donc à propos de discuter d'une exposition potentielle ou réelle à un environnement contenant des polluants atmosphériques. Une autre préoccupation liée à l'exposition aux particules extrafines repose sur l'apparition de très petites modifications de l'ADN, connues sous le nom de modifications épigénétiques (Ferrari, Carugno et Bollati, 2019). Bien que les conséquences à long terme de ces modifications ne soient pas encore claires, il est admis que ce type de particules affectent la santé humaine et nécessitent des recherches plus poussées. Un examen approfondi à partir de 2019 montre que la pollution atmosphérique peut endommager tous les organes et pratiquement toutes les cellules du corps, et causer des dommages de la tête aux pieds, des maladies cardiaques et pulmonaires au diabète, en passant par la démence, les problèmes de foie, le cancer de la vessie, la fragilité des os et les lésions cutanées.

Tableau 1
CONDITIONS À RISQUE PLUS ÉLEVÉ

RISQUES LIÉS À LA CHALEUR	
CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES	• Plus de 75 ans • Nourrissons et jeunes enfants • Surpoids ou obésité • Grossesse ou allaitement • Faible mobilité • Déficience cognitive • Conditions mentales et comportementales particulières (dues à la consommation de substances psychoactives et d'alcool) • Prise de certains médicaments
CONDITIONS DE SANTÉ CHRONIQUES	• Maladie cardiovasculaire (hypertension, coronaropathie, troubles de circulation cardiaque) • Cancer • Consommation d'alcool et d'autres substances • Problèmes de santé mentale (dépression, schizophrénie) • Trouble neurocognitif (démence, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson) • Maladie respiratoire (maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC]) • Maladie rénale (insuffisance rénale) • Conditions métaboliques (diabète, obésité) • Troubles cutanés (coups de soleil, chaleur intense, cicatrices étendues) • Fibrose kystique • Quadriplégie • Sclérodermie
CARACTÉRISTIQUES SOCIALES	• Personnes seules ou isolées socialement • Statut socio-économique faible • Sans-abri ou sans domicile fixe • Confinement au lit • Malnutrition ou sous-nutrition
TRAVAIL ET LOISIR	• Travail à l'extérieur (par exemple, ouvriers agricoles, du bâtiment et de la voirie, pompiers) • Pratique d'activité soutenue en contexte de chaleur
RISQUES LIÉS À LA POLLUTION DE L'AIR	
PERSONNES À PLUS HAUT RISQUE POUR LA POLLUTION DE L'AIR	• Personnes aînées • Enfants • Adultes actifs à l'extérieur • Femmes enceintes • Personnes souffrant de maladies cardiaques et pulmonaires préexistantes • Personnes en santé lors des journées où la pollution atmosphérique est très élevée

Adapté de Santé Canada : *Soins actifs pendant une chaleur accablante*

En outre, les effets de la pollution atmosphérique sur la reproduction peuvent affecter la fertilité et ainsi occasionner une augmentation des fausses couches, des naissances prématurées et des petits poids à la naissance, de minuscules particules de carbone pouvant même s'infiltrer dans les tissus placentaires (Dominici, 2019).

Les enfants sont plus vulnérables que les adultes aux CC, notamment à cause de leur corps en croissance et en développement ainsi que de leur physiologie. Ils y sont plus exposés à certains moments de leur vie, notamment *in utero*, lorsque les organes vitaux tels que le cerveau et les poumons se développent et mûrissent. En outre, les enfants se trouvent plus près du sol, où les niveaux de polluants sont potentiellement plus élevés, et respirent plus rapidement que les adultes, ce qui augmente leur exposition. Les enfants peuvent passer du temps à l'extérieur à jouer dans l'air pollué sans en reconnaître les effets ou être fortement exposés à la pollution domestique. La liste des effets de la pollution de l'air sur la santé des enfants est longue, qu'il s'agisse de conséquences négatives à la naissance, de problèmes de développement neurologique, d'obésité infantile, d'asthme, d'otite moyenne ou de cancer (OMS, 2018c).

LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES

Le **Tableau 1** présente certains facteurs qui aideront l'infirmière à bien cibler les personnes plus à risque d'être affectées par les changements climatiques et pour lesquelles des interventions infirmières pourraient être mises en place.

LA MÉDICATION ET LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Les médicaments peuvent également jouer un rôle dans la capacité de s'adapter à une condition climatique extrême. Il y a actuellement peu d'études sur les liens entre l'effet de la pollution atmosphérique et la prise de médicaments. A contrario, il est bien documenté que certains médicaments altèrent la possibilité d'obtenir une adaptation physiologique optimale en situation de chaleur extrême. L'infirmière devrait prendre en considération certains médicaments au moment de déterminer si une personne présente un risque face à une situation de chaleur extrême. Elle devrait rester vigilante dans l'identification de patients potentiellement à risque et communiquer cette information par l'entremise du plan thérapeutique infirmier. Une revue systématique de la relation entre les vagues de chaleur et les médicaments a été réalisée en 2015 par l'Institut national de santé publique du Québec et l'Université de Montréal, afin de déterminer les impacts sur la santé associés à la consommation de ces médicaments en période de chaleur extrême. Cet inventaire peut être utile aux infirmières pour identifier et surveiller les patients à risque accru pendant les périodes de chaleur extrême.

CONCLUSION

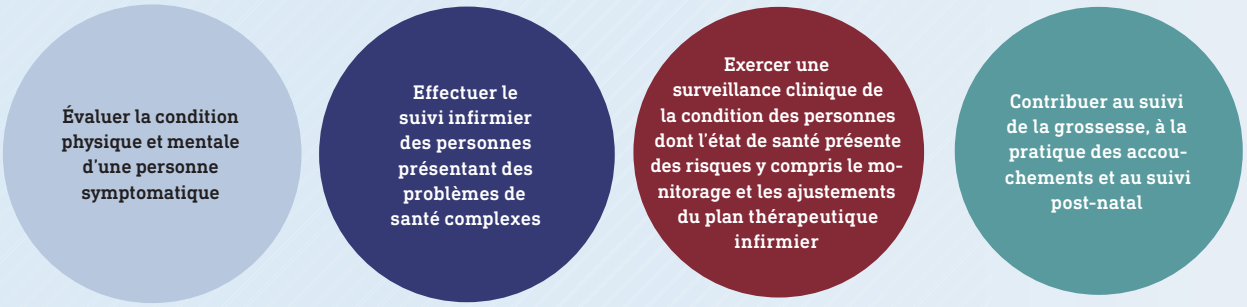
Les professionnels de la santé reconnaissent de plus en plus l'interdépendance des humains et des écosystèmes et la fragilité de la vie qui est menacée par l'accélération des CC. Les indicateurs décrits dans la publication « Le Lancet Countdown sur la santé et les changements climatiques : Compte rendu à l'intention du Canada » ont montré un mouvement croissant de l'engagement des professionnels de la santé dans le monde entier en réponse aux changements climatiques (Watts et al., 2019). Cela se manifeste par de multiples actions menées dans les systèmes de santé, les institutions et les associations de professionnels de la santé, allant du désinvestissement des combustibles fossiles à la réduction des émissions, en passant par une augmentation considérable de la recherche sur le climat et la santé (Watts et al., 2019).

Les infirmières ont la capacité de faire une grande différence dans la lutte contre les problèmes de santé liés aux changements climatiques, et ce, à de multiples niveaux. Leur expertise est essentielle pour contribuer à la mobilisation grandissante des professionnels de la santé dans la lutte contre le changement climatique. À l'instar de la pandémie mondiale de COVID-19, qui a déclenché une réflexion globale sur nos priorités de vie et a permis d'unir toute la population mondiale dans cette lutte, cette même ardeur devrait être adoptée afin d'agir face à la crise climatique. ●

!

COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article



Cadre réglementaire

- *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (LII), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de loi n° 90), art. 12.
- *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3e éd., 2016.

Balises déontologiques

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, dont l'article 45.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016).
Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers.

Cas clinique (suite et fin)

Mme HADDAD

Puisque Mme Haddad demeure aux abords d'une route à fort débit et à proximité d'un centre commercial, cet emplacement augmente son exposition à la pollution atmosphérique. Vous remarquez aussi que votre cliente utilise une multitude de produits nettoyants; elle vous confie d'ailleurs qu'elle aime l'odeur dégagée par ces produits, ce qui lui donne l'impression de vivre dans un environnement très propre. L'appartement est muni d'une cuisinière au gaz naturel. Tous ces éléments provoquent une hausse des contaminants dans l'air ambiant. Vous expliquez à votre cliente qu'il est préférable d'éviter l'utilisation de produits de nettoyage à forte odeur et de prioriser les produits non chimiques (vinaigre, bicarbonate de sodium) pour le nettoyage de la maison. Les produits parfumés, bien qu'ils aient des odeurs de fleurs des champs, ne sont pas d'origine naturelle et peuvent contribuer à rendre l'air de moins bonne qualité.

La pollution atmosphérique peut entraîner un accouchement prématuré, et le bébé pourrait ainsi présenter un faible poids. Dans ce contexte, vous devez adapter votre suivi en fonction de ces considérations. Par conséquent, vous devrez être plus attentive à un travail prématuré et ajuster vos recommandations à Mme Haddad en fonction de cette réalité environnementale. Vous conseillez également à Mme Haddad de toujours faire fonctionner la hotte lorsqu'elle cuisine. Vous lui rappelez qu'un des facteurs de protection contre les effets inflammatoires provoqués par la pollution de l'air est d'avoir une alimentation variée, contenant beaucoup de fruits et de légumes, en plus d'être actif physiquement et d'avoir une bonne qualité de sommeil. Ces recommandations sont particulièrement importantes pour sa petite fille.

Lors des journées où l'indice de la qualité de l'air est mauvais, les activités à l'intérieur devraient être privilégiées plutôt que de s'exposer à l'air extérieur.

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Cet article est accompagné d'un questionnaire en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée.

LES AUTEURS

FIONA HANLEY
Inf., B.A., B. Sc. inf., M. Sc.
Professeure au Département de soins infirmiers du Collège Dawson et chargée de cours à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill.

BRUNO PILOTE
Inf., M. Sc., Ph. D.
Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

JOANIE BELLEAU
Inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique, OIIQ.

RÉFÉRENCES

Ballard, K. A. (2008). « Nurses as environmental health activists ». American Journal of Nursing, 108(5), 69-72.

Bélanger, D., Gosselin, P., Bustinza, R. et Campana, C. (2019). « Changements climatiques et santé: prévenir, soigner et s'adapter ». Québec: Presses de l'Université Laval.

Bush, E. et Flato, G. (2019). « Au sujet de ce rapport ». Dans E. Bush and D. S. Lemmen (dir.), Rapport sur le climat changeant du Canada (ch. 1) (p. 7-23). Ottawa: Gouvernement du Canada.

Bush, E. et Lemmen, D.S. (dir.). (2019). « Rapport sur le climat changeant du Canada ». Ottawa: Gouvernement du Canada. Repéré à https://changingclimate.ca/CCCR2019/fr/

Carrington, D. (2021). « Climate crisis: 2020 was joint hottest year ever recorded ». The Guardian. Repéré à https://www.theguardian.com/environment/2021/jan/08/climate-crisis-experts-2020-joint-hottest-year-ever-recorded#:~:text=The%20climate%20crisis%20continued%20unabated,tropical%20storms%20in%20the%20Atlantic

Copernicus Institute. (2021). « Copernicus: 2020 warmest year on record for Europe; globally, 2020 ties with 2016 for warmest year recorded » [press release]. Repéré à https://climate.copernicus.eu/2020-warmest-year-record-europe-globally-2020-ties-2016-warmest-year-recorded

Derksen, C., Burgess, D., Duguay, C., Howell, S., Mudryk, L., Smith, S., ... Kirchmeier-Young, M. (2019). « Changes in snow, ice, and permafrost across Canada ». Dans E. Bush and D. S. Lemmen (dir.), Rapport sur le climat changeant du Canada (ch. 5) (p. 194-260). Ottawa: Gouvernement du Canada.

Desrosiers, C., Hackett, F., McGregor, D. et Banasiak, K. (2020). « Le *Lancet Countdown* sur la santé et les changements climatiques 2020: compte rendu à l'intention du Canada ». Québec: Association médicale canadienne. Repéré à https://policybase.cma.ca/fr/permalink/politique14382

Dominici, F. (2019). « Short term exposure to fine particulate matter and hospital admission risks and costs in the Medicare population: time stratified, case crossover study ». British Medical Journal, 367.

European Environment Agency (EEA). (2020). « Healthy environment, healthy lives: How the environment influences health and well-being in Europe ». EEA Report No 21/2019.

Falk-Rafael, A. (2006). « Globalisation and global health: Towards nursing praxis in the global community ». Advances in Nursing Science, 29(1), 2-14.

Ferrari, L., Carugno, M. et Bollati, V. (2019). « Particulate matter exposure shapes DNA methylation through the lifespan ». Clinical Epigenetics, 11(1), 129. Repéré à https://doi.org/10.1186/s13148-019-0726-x

GIEC. (2013). « Résumé à l'intention des décideurs .» Dans Stocker, T. F. et al. (dir.) Changements climatiques 2013: Les éléments scientifiques. Contribution du Groupe de travail I au cinquième Rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. Cambridge, UK et New York: Cambridge University Press.

Gouvernement du Canada. (2020). « Pollution atmosphérique: facteurs et incidences ». Repéré à https://www.canada.ca/fr/environnement-changement-climatique/services/indicateurs-environnementaux/pollution-atmospherique-facteurs-incidences.html

Gouvernement du Québec. (2020). « Les gaz à effet de serre ». Québec: Ministère de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques. Repéré à http://www.environnement.gouv.qc.ca/air/questce-ges.htm

Government of New South Wales. (2020). « Beat the heat: Information for health professionals ». Repéré à https://www.health.nsw.gov.au/environment/beattheheat/Pages/information-for-health-professionals.aspx

Hancock, T. (2018). « Public health in the Anthropocene ». Canadian Medical Association Journal, 190(12), E377. Repéré à https://doi.org/10.1503/cmaj.180261

Hanley, F. (2005). « Les infirmières et l'environnement: l'urgence d'agir ». Perspective infirmière, 3(2), 39-49.

Harvard T.H. Chan School of Public Health (2002). « Coronavirus and Climate Change. Coronavirus, Climate Change, and the Environment: A Conversation on COVID-19 with Dr. Aaron Bernstein, Director of Harvard Chan C-CHANGE ». Repéré à https://www.hsph.harvard.edu/c-change/subtopics/coronavirus-and-climate-change/

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021). « L'adaptation aux changements climatiques dans le réseau de la santé au Québec: les progrès, les facteurs facilitants, les barrières et les besoins ». Québec: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2719-adaptation-changements-climatiques-reseau-sante.pdf

Islam, S. N. et Winkel, J. (2017). « Climate change and social inequality » [DESA working paper no. 152]. New York: United Nations–Department of Economic and Social Affairs.

Kearney, J., Wallace, L. A., MacNeill, M., Xu, X., VanRyswyk, K., You, H., ... Wheeler, A.J. (2011). « Residential indoor and outdoor ultrafine particles in Windsor, Ontario ». Atmospheric Environment, 45(40), 7583-7593.

Kleffel, D. (1991). « An ecofeminist analysis of nursing knowledge ». Nursing Forum, 26(4), 5-18.

Kleffel, D. (1996). « Environmental paradigms: Moving toward an ecocentric perspective ». Advances in Nursing Science, 18(4), 1-10.

Landrigan, P. J., Fuller, R., Acosta, N., Adeyi, O., Arnold, R., Basu, N., ... Zhong, M. (2018). The Lancet Commission on pollution and health. The Lancet, 391(10 119), 462-512.

Loewen, C. (2020). « Critical to balance needs of long-term care residents even in COVID times, says Montreal gerontologist ». CBC News. Repéré à https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/chslds-extreme-heat-care-in-pandemic-1.5585914

NASA/Global climate change–Vital signs of the planet (2020). « Overview: weather, global warming and climate change ». Repéré à https://climate.nasa.gov/resources/global-warming-vs-climate-change/

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018a). « Neuf personnes sur 10 respirent un air pollué dans le monde » [Communiqué de presse]. Genève: OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018b). « Plus de 90 % des enfants dans le monde respirent chaque jour un air pollué » [Communiqué de presse]. Genève: OMS. Repéré à https://www.who.int/fr/news/item/29-10-2018-more-than-90-of-the-world%E2%80%99s-children-breathe-toxic-air-every-day#:~:text=%C3%80%20l'%C3%A9chelle%20mondiale%2C%2093,et%201%2C8%20milliard%20d'

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018c). « Air pollution and child health ».

Pierrefixe, S. (2015). « Changement climatique: menaces sur notre santé! ». Science et Santé, 28, 20-35.

Rafferty, J. P. (2020). « Anthropocene Epoch ». Encyclopedia Britannica. Repéré à https://www.britannica.com/science/Anthropocene-Epoch

Santé Canada. (2019). « Les impacts sur la santé de la pollution de l'air au Canada – Estimation de la morbidité et des décès prématurés ». Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2019/sc-hc/H144-51-2019-fra.pdf

Santé Montréal. (2019). « Extreme heat: 66 deaths in Montreal in 2018 ». Repéré à https://santemontreal.qc.ca/en/public/news/news/extreme-heat-66-deaths-in-montreal-in-2018/#:~:text=From%20June%2030%20to%20July,the%20seasonal%20heat%20wave%20watch

Santé Montréal. (2020). « What to do when its really hot? ». Repéré à https://santemontreal.qc.ca/en/heat/#c17828

Sattler, B. et Lipscomb, J. (dir.). (2003). « Environmental health and nursing practice ». New York: Springer Publishing Company.

Schraufnagel, D. E. (2020). « The health effects of ultrafine particles ». Experimental & Molecular Medicine, 52, 311-317. Repéré à https://doi.org/10.1038/s12276-020-0403-3

Société canadienne de pédiatrie. (2019). « Les changements climatiques mondiaux et la santé des enfants canadiens ». Paediatrics & Child Health, 24(8), 558.

Steffen, W., Broadgate, W., Deutsch, L., Gaffney, O. et Ludwig, C. (2015). « The trajectory of the Anthropocene: The Great Acceleration ». The Anthropocene Review, 2(1), 81-98.

Vanasse, A., Talbot, D., Chebana, F., Bélanger, D., Blais, C., Gamache, P., ... Gosselin, P. (2017). « Effects of climate and fine particulate matter on hospitalizations and deaths for heart failure in elderly: A population-based cohort study ». Environment International, 106, 257-266.

VonDongen, C. J. (2002). « Environmental health and nursing practice: A survey of registered nurses ». Applied Nursing Research, 15(2), 67-73. Repéré à https://doi.org/10.1053/apnr.2002.29521

Watts, J. (2020). « CO_2 in Earth's atmosphere nearing levels of 15m years ago ». The Guardian. Repéré à https://www.theguardian.com/environment/2020/jul/09/CO_2-in-earths-atmosphere-nearing-levels-of-15m-years-ago

Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Boykoff, M., ... Montgomery, H. (2019). « The 2019 report of The Lancet countdown on health and climate change: Ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate ». The Lancet, 394(10211), 1836-1878.

Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C., Boltz, F., Capon, A. G., de Souza Dias, B. F., Ezeh, A., ... Yach, D. (2015). « Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health ». The Lancet, 386(10007), 1973-2028.

Yang, B.-Y., Shujun, F., Thiering, E., Seissler, J., Nowak, D., Dong, G.-H. et Heinrich, J. (2020). « Ambient air pollution and diabetes: A systematic review and meta-analysis ». Environmental Research, 180.

Guide 5e édition des médicaments

LE GUIDE QUI FACILITE LE TRAVAIL DE L'INFIRMIER ET DE L'INFIRMIÈRE AU QUOTIDIEN

GDM

MON APPLI
GDM mobile

Les éléments incontournables selon les professionnels de la santé :

- **Les dossiers personnalisés permettant de regrouper les monographies à retenir ;**
- **Les couleurs facilitant le repérage des éléments importants ;**
- **Des informations claires au sujet des contre-indications, des précautions, des effets secondaires, etc.**
- **Un outil indispensable qui vous aidera dans l'évaluation de la situation, les tests de laboratoire, les interventions infirmières, l'enseignement aux patients et à leurs proches, la vérification de l'efficacité thérapeutique, etc.**

24,95 $ *

Achat en ligne sur **pearsonerpi.com/monappli**

*Possibilité de soumission pour licence institutionnelle.
Communiquez avec
audrey-ann.belanger@pearsonerpi.com

Pearson ERPI

P1318

À TOUS LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

SINCÈREMENT MERCI

VOTRE EXPERTISE EST IRREMPLAÇABLE

OFFREZ-VOUS LA QUALITÉ DE VIE QUE VOUS MÉRITEZ

POSTULEZ DÈS MAINTENANT!

OBTENEZ UNE PRIME SI VOUS CHANGEZ D'AGENCE OU SI VOUS RÉFÉREZ DU PERSONNEL.*

CODE BLEU

PLACEMENT EN SANTÉ

CODEBLEU.CA

cv@codebleu.ca
1-877-343-BLEU
Télécopieur : 1-866-532-8281

*Certaines conditions s'appliquent.
Numéro de permis : AP-2000016

La documentation des soins infirmiers : un devoir et une obligation déontologique

Les infirmières et infirmiers sont appelés quotidiennement à inscrire une quantité importante d'informations dans divers documents liés à l'exercice de la profession. Bien que cette activité puisse sembler routinière, les infirmières et les infirmiers doivent l'accomplir avec attention et minutie.

par **JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, ÉRIC ROY, inf., B. Sc., LL. M., syndic adjoint et SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique**

Les devoirs et obligations déontologiques en lien avec la documentation des soins infirmiers sont prévus à l'article 14 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* qui se lit comme suit :

L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas, au regard du dossier du client ou de tout rapport, registre ou autre document lié à la profession :

- les falsifier, notamment en altérant des notes déjà inscrites ou en y insérant des notes sous une fausse signature ;
- fabriquer de tels dossiers, rapports, registres ou documents ;
- y inscrire de fausses informations ;
- omettre d'y inscrire les informations nécessaires.

Voici quelques précisions utiles à la compréhension de cette disposition.

La documentation en soins infirmiers comprend, bien entendu, ce que l'infirmière ou l'infirmier inscrit dans le dossier des clients, notamment les notes d'observation, les paramètres vitaux et l'administration des médicaments, mais elle fait également référence à toute autre information inscrite dans un document lié à l'exercice de la profession. Pensons par exemple à ce que les membres de la profession inscrivent dans le registre de décompte des médicaments et substances contrôlés, dans le registre de vaccination ou encore sur les ordonnances et certificats d'absence émis.

Il importe de mentionner que l'article 14 a une portée allant au-delà du dossier médical du client puisque sont inclus les autres documents liés à l'exercice de la profession. Par exemple, ceux faisant état de l'expérience et des compétences de l'infirmière ou de l'infirmier. Ainsi, l'infirmière ou l'infirmier doit porter une attention particulière à ce qu'elle ou il inscrit, entre autres, dans son curriculum vitæ, dans un formulaire de demande d'emploi ou encore dans sa déclaration annuelle lors de son inscription au Tableau de l'Ordre.

Le terme « falsifier » peut se traduire par l'altération volontaire dans le but de tromper. Le fait, par exemple, de modifier sciemment l'heure dans une note déjà inscrite en vue de dissimuler une erreur constitue une falsification. Cependant, rédiger de fausses ordonnances pour se procurer illicitement de la médication est une « fabrication ». Fabriquer veut dire « élaborer, faire de toutes pièces ».

Par ailleurs, « l'inscription de fausses informations » vise particulièrement un comportement répétitif qui traduit une négligence ou un manque de vigilance de la part de l'infirmière ou de l'infirmier dans ses inscriptions dans le dossier du client ou d'autres documents. Les erreurs répétitives d'enregistrement de médicaments administrés à la clientèle, par une même infirmière ou un même infirmier, en sont un exemple patent.

Enfin, l'infirmière ou l'infirmier ne doit pas omettre d'inscrire dans les documents appropriés les informations nécessaires notamment pour assurer un suivi adéquat du client. Ainsi, elle ou il s'assurera, par exemple, d'inscrire les signes vitaux chez un client en période postopératoire immédiate ou encore de documenter dans le plan thérapeutique infirmier (PTI) les constats et directives qui découlent de son évaluation de l'état de santé d'un client. Notons que le fait d'inscrire en temps opportun toutes les informations nécessaires à assurer la continuité des soins (dans le dossier du client, dans un rapport interservices, dans une fiche de référence vers un autre professionnel, etc.) est l'un des moyens raisonnables que doit prendre l'infirmière ou l'infirmier pour remplir ses obligations en matière de continuité des soins et traitements.

DÉCISIONS DU CONSEIL DE DISCIPLINE DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ)

En 2017, le Conseil de discipline a bien exprimé l'importance de l'intégrité des notes dans le dossier du client rédigées par les professionnels et de la négligence qui peut s'ensuivre dans le cas contraire. En effet, dans cette cause, l'infirmière avait inscrit de fausses notes dans le dossier médical de deux clients, ce qui l'a menée à faire preuve de négligence dans les soins prodigués à ceux-ci en omettant de procéder à la surveillance et au suivi requis par leur état de santé. Le Conseil de discipline rappelle aussi la grande vulnérabilité de la clientèle face à l'équipe de soins dont les infirmières et infirmiers sont la première ligne de contact.

En 2019, le Conseil de discipline a reconnu coupable une infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IPSPL) qui avait fait preuve de négligence dans les soins et traitements de nombreux clients en ne prenant pas les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins, notamment en omettant d'inscrire les informations nécessaires dans leur dossier. Dans cette cause, l'infirmière présentait comme défense une condition de santé ainsi qu'une surcharge de travail pour expliquer sa négligence. À cet effet, le Conseil a rappelé que « le fait d'être débordée ne constituait pas un moyen de défense et il incombait à l'intimée d'exercer sa profession selon ses propres limites ». Il a également souligné que « l'omission de consigner

les informations nécessaires aux dossiers de clients ne constituait pas un défaut d'exécuter une simple formalité administrative ». La tenue de dossiers n'est « pas un élément négligeable ou secondaire de la profession, car la fiabilité et la qualité des renseignements consignés contribuent à la qualité et à la continuité des soins et services qui seront prodigués au client. Il est essentiel que les dossiers soient bien documentés afin d'assurer les suivis appropriés ».

En somme, l'infirmière ou l'infirmier a la responsabilité professionnelle de s'assurer en tout temps de l'intégrité des informations qu'elle ou il inscrit non seulement dans le dossier du client, mais également dans tous les autres documents liés à la profession. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour en savoir plus sur les meilleures pratiques ainsi que sur vos obligations déontologiques en la matière, nous vous invitons à consulter la formation en ligne *Documentation infirmière : reflet de la pratique*.

Version remaniée et mise à jour de la chronique : «*Falsifier, fabriquer… Ce qu'en dit le Code de déontologie*», 2021, par Sylvie Truchon, le 1er février 2004.

RÉFÉRENCES

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9, a. 14 et 44.
«Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Rochon», [2017].
«Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Dumoulin», [2019].

Près de 35 ans à veiller sur vous

La Capitale est fière d'assurer les membres de l'Ordre depuis près de 35 ans. Informez-vous sur votre programme d'assurance responsabilité professionnelle.

lacapitale.com/oiiq

La Capitale

Vaccination contre l'influenza et contre la COVID-19

Un portrait global des personnes et des professionnels impliqués

Fruit d'une collaboration entre divers ordres professionnels – l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et l'Ordre des sages-femmes du Québec –, un outil synthèse sur la vaccination contre l'influenza et contre la COVID-19 a été conçu.

par **MARIE-EVE ARSENAULT, inf., B. Sc. inf. et JULIE GÉLINAS, inf., B. Sc. inf., M. Ed.**

Dans le contexte actuel de l'état d'urgence sanitaire, des personnes et des professionnels sont nouvellement autorisés à administrer des vaccins contre l'influenza et contre la COVID-19, dans certaines conditions. Étant donné le grand nombre d'individus concernés dans les différentes étapes de la vaccination, un outil synthèse de deux pages est maintenant accessible sur le site Web de l'OIIQ.

La première page présente quatre étapes de la vaccination : l'évaluation de la condition de santé de la personne avant d'administrer le vaccin; l'administration, sans ordonnance, du vaccin contre l'influenza ou contre la COVID-19; l'exercice de la surveillance requise après la vaccination; et l'intervention en cas de réactions indésirables immédiates et en situation d'urgence. Il y est aussi question du registre vaccinal. La deuxième page de l'outil synthèse énumère tous les intervenants impliqués dans la vaccination et détaille leurs rôles et responsabilités.

Ce document vise donc à soutenir toutes les parties prenantes dans la vaccination contre l'influenza et contre la COVID-19, de même que les établissementsde santé qui organisent les activités de vaccination.

VACCINATEURS ET AUTRES INTERVENANTS

Selon les personnes impliquées dans la vaccination, les responsabilités varient. On distingue ainsi les cinq professions de vaccinateurs — infirmières, inhalothérapeutes, médecins, pharmaciens et sages-femmes — de tous les autres intervenants. Selon le Programme d'immunisation du Québec (PIQ), un vaccinateur est « un professionnel de la santé qui peut initier la vaccination et y procéder, c'est-à-dire qui est habilité à poser un diagnostic ou à évaluer la condition de santé d'une personne en lien avec le produit immunisant à administrer ». Dans la profession infirmière, seules les personnes avec un plein droit d'exercice sont considérées comme des vaccinatrices.

INFIRMIÈRES AVEC UN PLEIN DROIT D'EXERCICE

Les infirmières peuvent procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.

Infirmières avec une limitation du droit d'exercice aux activités concernant la COVID-19

Les infirmières ayant un droit d'exercice limité peuvent administrer un vaccin contre l'influenza, les infections à pneumocoque ou la COVID-19, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire.

Les conditions sont les suivantes :

- obtenir, le cas échéant, la formation requise visant à assurer la mise à jour de leurs connaissances relativement à l'administration d'un vaccin, afin de respecter leur obligation déontologique d'agir avec compétence dans l'accomplissement de leurs obligations professionnelles et de tenir compte des limites de leurs habiletés et connaissances;
- avoir sur place l'un des professionnels suivants pour procéder à l'évaluation préalable à la vaccination, assurer la surveillance clinique post-vaccination et intervenir en situation d'urgence : infirmière, médecin, sage-femme, inhalothérapeute ou pharmacien.

Candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités de CEPI

Les CEPI et les personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités de CEPI peuvent contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*, et ce, selon les conditions prévues par le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*.

Nous portons à votre attention que, dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire, ces personnes peuvent administrer le vaccin après évaluation du patient par un vaccinateur (infirmière, médecin, pharmacien, inhalothérapeute ou sage-femme) disponible sur les lieux. Une vaccinatrice doit également être sur place pour assurer la surveillance clinique post-vaccination et intervenir en situation d'urgence.

Externes et personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités d'externes en soins infirmiers

Les externes en soins infirmiers et les personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités d'externes en soins infirmiers peuvent contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*, et ce, selon les conditions prévues par le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. Nous vous rappelons que, tant que l'état d'urgence sanitaire sera en vigueur, ces personnes pourront exercer toute l'année, donc sans égard aux dates prévues par le Règlement.

Étudiantes en soins infirmiers en stage clinique

Les étudiantes en soins infirmiers peuvent exercer les activités professionnelles pouvant être exercées par les infirmières, comme l'activité de vaccination, selon les conditions prévues par le *Règlement sur les activités profession nelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*, soit uniquement dans le cadre de leurs programmes d'études.

Nous portons à votre attention que les étudiantes en soins infirmiers qui souhaitent contribuer à la vaccination en dehors de leurs programmes d'études peuvent se prévaloir du titre d'externe permettant de contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.

CONCLUSION

La vaste campagne de vaccination qui se déroule au Québec depuis plusieurs semaines nécessite, pour la population, l'implication et la collaboration de divers intervenants. L'outil synthèse « Vaccination contre l'influenza et contre la COVID-19 : qui fait quoi et à quelles conditions » aide à mieux comprendre le rôle de chaque personne. À l'instar de tous les autres vaccinateurs, les infirmières devront s'assurer de suivre à la lettre les directives de la santé publique et du PIQ. ●

POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez notre site Web : oiiq.org/vaccination-contre-l-influenza-et-contre-la-covid-19

FORMATION CONTINUE

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

DES FORMATIONS ACCRÉDITÉES POUR OPTIMISER VOTRE JUGEMENT CLINIQUE

FORMATIONS ACCRÉDITÉES PERTINENTES, ÉCONOMIQUES ET ADAPTÉES À VOS BESOINS

- Le leardership infirmier
- Fiscalité des professionnels autonomes dans le domaine de la santé
- Soins palliatifs et fin de vie : accompagner et soigner
- Les pansements et les plaies : un duo inséparable

DIVERS MODES DE DIFFUSION
Présentiel
En ligne
Visioconférence

FORMATIONS SUR MESURE COMBINANT LA THÉORIE ET LA PRATIQUE DES NOTIONS ACQUISES EN MILIEU DE TRAVAIL

Les directrices de soins apprécient :

- L'ajustement des formations aux problématiques du milieu
- Le professionnalisme des formateurs et les bénéfices sur le travail en équipe

FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS PODOLOGIQUES

160 h | formule intensive ou régulière

Les participantes apprécient :

- La réputation de la formation dans le milieu
- La souplesse des horaires (intensif et régulier)
- L'encadrement par des formateurs d'expérience

Un monde de possibilités

collegemv.qc.ca/sante | 514 278-3535, poste 5221 | sante@collegemv.qc.ca | Jean-Talon

BANQUE NATIONALE

Sept conseils pour une bonne hygiène numérique

Appliquez ces conseils simples pour vous prémunir de la fraude en améliorant votre sécurité en ligne. Chaque année, le nombre de fraudes numériques augmente. « Et elles se sont accentuées en 2020 avec la pandémie », confirme Tony Fachaux, expert en sensibilisation à la cybersécurité à la Banque Nationale. Une cyberattaque peut mener à un vol d'identité, un vol de données ou encore à un vol financier, qui pourrait ternir votre dossier de crédit et vous amener jusqu'au tribunal.

1. Protégez vos appareils connectés

Optez pour un logiciel antivirus qui examine les sites, téléchargements, pièces jointes et disques durs externes, en plus d'offrir un pare-feu. « Un virus qui s'installe et vole de l'information va chercher à communiquer avec le pirate pour la lui envoyer, poursuit Tony Fachaux. Le pare-feu pourrait bloquer ce type de flux. » Vérifiez régulièrement que cette protection est activée.

2. Optez pour un réseau Wi-Fi sécurisé et des mots de passe robustes

Évitez de vous connecter aux réseaux Wi-Fi non sécurisés à partir de vos appareils. Si vous êtes connecté à un réseau Wi-Fi public, un fraudeur pourrait mettre la main sur vos informations confidentielles. On recommande de ne rien faire de confidentiel sur un réseau public, comme se connecter à son compte bancaire ou à son courriel. Pour sécuriser votre Wi-Fi à la maison, vous devez changer le mot de passe par défaut de votre réseau et celui du routeur de votre fournisseur Internet. Un mot de passe robuste sécurise les accès à vos appareils personnels et professionnels. Il doit être le plus long possible, avoir du sens que pour vous et avoir une utilisation unique. Ne notez et ne partagez jamais ce mot de passe. Activez aussi lorsque possible l'authentification à double facteur (la vérification en deux étapes).

3. Effectuez vos mises à jour régulièrement

Téléchargez les versions les plus récentes des logiciels de sécurité, systèmes d'exploitation, navigateurs Web et applications de tierces parties. Elles permettent de corriger les nouvelles failles de sécurité connues. Vous pourriez activer l'option de mises à jour automatiques sur vos appareils.

4. Disposez de bonnes sauvegardes

La copie hors ligne de vos dossiers (sur une application infonuagique par exemple) vous permet de retrouver vos fichiers en cas de perte ou de vol de vos appareils, et de récupérer vos données si vous êtes victime d'une attaque par rançongiciel. Si vos mises à jour sont effectuées sur un disque dur externe connecté à un appareil infecté, elles pourraient être compromises.

5. Méfiez-vous avant de cliquer

Restez vigilant face aux communications non sollicitées (courriel, clavardage sur les médias sociaux, message texte). Ne cliquez jamais sur un lien ou une pièce jointe à moins de vous être assuré de sa conformité.

6. Évitez de partager des renseignements personnels sur les réseaux sociaux

Certaines informations que vous publiez en ligne pourraient permettre à un fraudeur d'usurper votre compte à des fins frauduleuses ou de créer un faux compte suffisamment crédible pour commettre de l'hameçonnage.

7. Vous travaillez de la maison ?

Les bonnes pratiques en sécurité mises en place par l'employeur doivent être appliquées, même à distance.

L'offre de la Banque Nationale pour les infirmières et infirmiers devient encore plus avantageuse.
Découvrez vos nouveaux privilèges à **bnc.ca/infirmier**.
Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le **bnc.ca/etudiant-infirmier**.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

RabaisCampus

SERVICE D'ABONNEMENTS – MAGAZINES ET JOURNAUX

LES PLUS BAS PRIX GARANTIS !
JUSQU'À 90 % DE RABAIS SUR LE PRIX EN KIOSQUE

POURQUOI PAYER PLUS ?
280 TITRES DISPONIBLES !
57 TITRES À 20 $ OU MOINS

JUSQU'À 10$ DE RABAIS SUPPLÉMENTAIRE !
(SUR ACHATS MULTIPLES)

19 TITRES EN SCIENCE & NATURE
10 TITRES EN CUISINE, RESTOS & VINS
53 TITRES POUR LES ENFANTS

ABONNEZ-VOUS MAINTENANT :
RABAISCAMPUS.COM/ASSO – 1 800 265-0180

Offre d'une durée limitée. Les prix rayés sont ceux en kiosque. Certaines conditions peuvent s'appliquer.
Prix et disponibilité des publications sujets à changements sans préavis. Taxes en sus. Imprimé 01/2021

Vous êtes à la recherche de défis professionnels?

Le CISSS de Lanaudière recrute des infirmières et infirmiers passionnés

Une carrière stimulante vous attend dans une région à découvrir

Nous offrons

- Des milieux de travail dynamiques et de qualité (dont le Centre hospitalier De Lanaudière, l'Hôpital Pierre-Le Gardeur et plusieurs centres d'hébergement)
- Un cheminement professionnel à la mesure de vos intérêts et de vos projets de vie
- Des installations dans une région qui offre une qualité de vie exceptionnelle

Postulez maintenant

WWW.CISSS-LANAUDIERE.GOUV.QC.CA\CARRIERES

Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Québec