

perspective **infirmière**



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Septembre •
octobre 2018
Vol. 15 n° 4

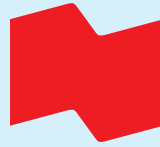
 ACFA

**Anticoagulants
oraux directs**

Détection de la
détresse chez les
personnes atteintes
de cancer

Évaluation de
l'aptitude à
conduire des
personnes
âgées

Consentement
aux soins et
consentement
substitué



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées^{MC}

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

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



Économisez jusqu'à 1 035 \$*
annuellement.

Adhérez à l'offre exclusive
pour les infirmier(ère)s.

bnc.ca/infirmier

Fière partenaire de:



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

* Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*^{MD} ou *World Elite*^{MD} *Mastercard*^{MD} de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 \$ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit: un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total^{MD}; une carte de crédit *World Elite Mastercard*; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} avec un solde annuel courant de 150 000 \$; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 \$, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante: absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 \$), plus un rabais annuel de 0,25 % sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 \$), plus un rabais annuel de 2,00 % sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 \$), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. ^{MC} RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD} MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Incorporated, employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. ^{MD} LE TOTAL et TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

Sébi^um Global

RÉDUIT LE NOMBRE
ET LA GRAVITÉ DES BOUTONS.



RESULTATS*

- Longue durée après 3 mois :
 - 79% du nombre de boutons
 - 65% du nombre de point noirs
 - 50% de sébum

TRAITEMENT ACNÉ GLOBAL :

Brevets FLUIDACTIV™ & BAKUCHIOL™

- Régule la qualité et la quantité des acides gras de la peau, pour retrouver un sébum proche de celui d'une peau saine.
- Atténue les rougeurs liées à la peau sèche.
- Améliore la tolérance du traitement.

+ PLUS-PRODUITS

- Apaise et régule le sébum
- Kératolytique
- 8 heures d'hydratation

Sans paraben • Non comedogène • Haute tolérance • Testé dermatologiquement • Hypoallergénique

Rejoignez le • Join
BIODERMA
via www.bioderma.ca



#BiodermaCanada
www.bioderma.ca

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

SOMMAIRE

Septembre • octobre 2018 — Vol. 15 n° 4

ÉDITORIAL

- 06 — Un enjeu profondément actuel qui est l'affaire de tous
La pleine occupation de notre champ d'exercice

PORTRAIT

- 14 — Jean-Daniel Cyr
IPS en soins de première ligne

FONDATION DE L'OIIQ

- 16 — La Clinique des femmes de l'Outaouais
Une alliée des femmes dans la planification des naissances

INNOVATION CLINIQUE

- 20 — Prix régionaux 2017
Saguenay-Lac-Saint-Jean/
Nord-du-Québec
Santé et sécurité au travail :
évaluer les risques chimiques

L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 70 — Qui peut ajuster le PTI?

EN BREF

- 09 — Marie Guimond, 101 ans
- 10 — Diabète gestationnel
Une prévalence qui passe
du simple au triple
- 11 — Le développement
professionnel à l'honneur
Congrès 2018 de l'OIIQ
- 13 — Acuité des soins
Pour une prise en compte de toutes
les activités infirmières

MYTHES ET RÉALITÉS

- 21 — À propos de la vitesse
d'administration des
médicaments intraveineux
Réponses en p. 68

PRATIQUE CLINIQUE

- 22 — Pratiques de sommeil
sécuritaire du nouveau-né
De l'unité néonatale à la maison
- 26 — Évaluation de l'aptitude à
conduire des personnes âgées
- 45 — Détection de la détresse
chez les personnes
atteintes de cancer
Une pratique infirmière essentielle
- 62 — Consentement aux soins et
consentement substitué :
comment s'y retrouver?
Psychiatrie légale (2^e partie)

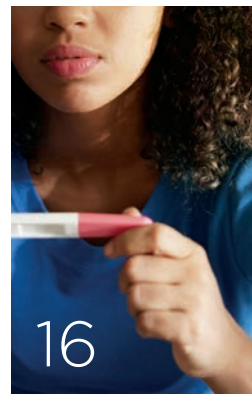
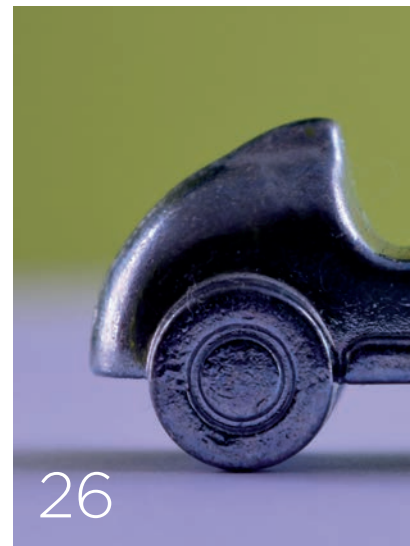
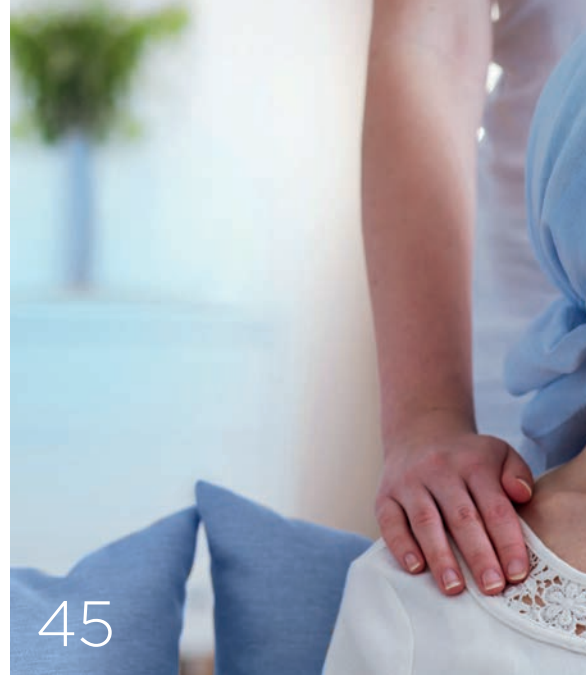
ÉVÉNEMENTS

- 18 — La Soirée Florence en photos
- 31 — 7^e Congrès mondial
du SIDIIEF
Plaidoyer pour la pratique infirmière
avancée et la diffusion des savoirs



CONGRÈS **OIIQ**
2018

Voir programme
page 36

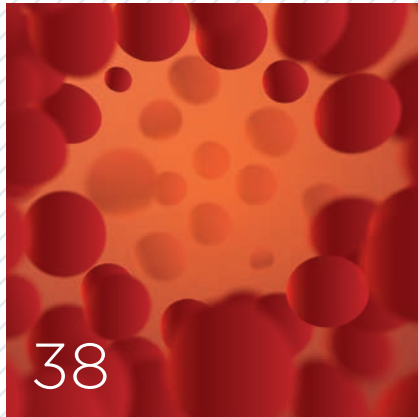
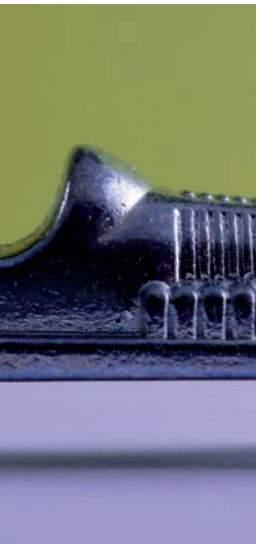




Présidente de l'OIIQ — LUCIE TREMBLAY
Directrice, Communications et affaires publiques — COLETTE OUELLET

**DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU**

RÉDACTRICE EN CHEF Caroline Baril	COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ Direction Développement et soutien professionnel
SECRÉTAIRE DE RÉDACTION Nathalie Boëls	Joël Brodeur, infirmier, Directeur
GRAPHISME ET MISE EN PAGES Mario Paquette	Chantale Desbiens, infirmière, Directrice adjointe à la pratique infirmière
RÉVISEUR LINGUISTIQUE Alexandre Roberge	Magali Morin, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique
CORRECTRICE D'ÉPREUVES Marlène Lavoie	Marie-Eve Arsenault, infirmière Conseillère à la consultation professionnelle
GRILLE GRAPHIQUE Isabelle Gagné et Luc Girouard pour MissPixels	Julie Gélinas, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique
IMPRIMEUR Norecob	
PAGE COUVERTURE © Shutterstock/De amiak	



38



52

- 38 — Anticoagulants oraux directs
52 — Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée

COLLABORATEURS

Adjo Enyonam Akator, B. Sc., M. Sc. – Suzanne Bouchard, Ph. D. – Catherine Crépeau – Geoffrey Dirat – Audrey Larone Juneau, inf., M. Sc. – Marie-Eve Leblanc, inf., M. Sc. – Jacinthe Leclerc, B. Sc. inf., Ph. D. – Caroline Lemay, inf., M. Sc. – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Julie Méthot, B. Pharm., M. Sc., Ph. D. – Isabelle Milette, IPSNN – Frédérique Morier – Nathalie Nadon, B. Sc. inf., M. Sc., IPSSA – Nicole Ouellet, inf., Ph. D. – Nathalie Parent – Denyse Perreault – Lorraine Plante, B. Sc. inf., LL. M. – Alexandre Sanctuaire, B. Sc. (Kin.), DESS Kinésiologie clinique, CCEP-ACSM, Pharm. D. (c.) – Lyse Savard – Camille Savoie, inf., Ph. D. (c.) – Caroline Sirois, Pharm., Ph. D. – Nicole Tremblay, inf., M. Sc., CSIO (C), ICSP (C) – Philippe Voyer, inf., Ph. D.

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

POUR NOUS JOINDRE

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

PUBLICITÉ

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

ABONNEMENT

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

DÉPÔT LÉGAL 2018

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

TARIFS pour 1 an

Canada : 16,28 \$ taxes applicables comprises
Autres pays : 73 \$

Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis
et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers
du Québec.

Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées
ayant terminé leur deuxième année d'études et les
personnes inscrites au «Programme Appartenance»
reçoivent un abonnement.



DIFFUSION
81 280 copies
(CCAB/BPA : mars 2018)

LOGO FSC

LA PLEINE OCCUPATION DE NOTRE CHAMP D'EXERCICE

Un enjeu profondément actuel qui est l'affaire de tous



LUCIE TREMBLAY, inf., M. Sc., Adm. A., CHE, ASC
Présidente de l'Ordre des infirmières
et infirmiers du Québec

Exercer la profession à son plein potentiel! C'est ce à quoi je nous conviais dans mon dernier éditorial. Mon « nous » inclusif interpelle toutes les instances infirmières concernées – OIIQ et ses membres, milieux cliniques, milieux de l'enseignement – à collaborer pour une pleine occupation de notre champ d'exercice. C'est cette mobilisation essentielle que le *Forum sur la pratique infirmière* veut soutenir le 24 septembre prochain.

Il y a maintenant plus de 15 ans, l'expertise des infirmières et infirmiers a été reconnue et leur rôle accru notamment par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (2002, chapitre 33, ci-après Loi 90) de même que par l'entrée en vigueur, il y a près de 6 ans, de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (2009, chapitre 28, ci-après Loi 21¹). Ces vastes chantiers auxquels nous avons tous participé propulsait la profession infirmière là où elle pouvait le mieux servir la santé des Québécoises et des Québécois.

Ces modifications fournissent les leviers permettant d'enrichir et de déployer les compétences infirmières à la hauteur d'un champ d'exercice renouvelé. Ils visent à répondre aux besoins de plus en plus complexes de la population. Cette modernisation d'envergure des lois professionnelles reconnaît aussi la place privilégiée qu'occupent au quotidien, 365 jours par an, les infirmières et infirmiers. Dans ce contexte, la profession infirmière possède tous les atouts pour faire une différence auprès des patients dans un rôle nettement accru d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi. La sécurité des patients et l'accès à des soins de qualité en seront mieux assurés.

Non seulement la législation professionnelle a été changée, mais la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la Loi 90 ont été appariées afin que soient confiées aux directeurs de soins infirmiers de nouvelles mesures de surveillance de la qualité et de la sécurité des activités attribuées à la profession infirmière.

LES ÉTUDES, LES DONNÉES ET LES AVIS CONVERGENT

Or, en 2018, des recherches en sciences infirmières démontrent que tout juste la moitié des activités de soins infirmiers est actuellement exercée². À l'heure où les besoins de santé de la population sont grandissants et de plus en plus complexes, il est inadmissible de priver les Québécoises et les Québécois de 50 % de notre expertise. La prévention des événements indésirables constitue une préoccupation majeure à l'échelle mondiale, c'est pourquoi l'évaluation et la surveillance clinique au cœur même de l'exercice infirmier doivent plus que jamais se faire, clament globalement nombre de chercheurs infirmiers québécois dans leurs plus récentes publications. Ils rappellent tous, à leur façon, que les impératifs budgétaires ne peuvent prévaloir sur la nature des activités infirmières propres à assurer des soins sécuritaires et de qualité. Plus particulièrement, ils font ressortir que les rôles des professionnels en soins auprès des patients ne sont pas interchangeables. L'organisation des soins doit miser sur l'expertise unique des infirmières et infirmiers, car leurs activités sont incontournables et créatrices de valeur ajoutée.

Les infirmières et les infirmiers, dans un mouvement sans précédent à propos de leurs conditions d'exercice, réclament eux aussi de soigner à la hauteur de leurs compétences professionnelles.

1. Entrée en vigueur de l'ensemble des dispositions législatives en 2012. Adoptée en 2009.

2. Le contenu de ce paragraphe provient de l'examen d'études, d'articles ou de présentations des auteurs infirmiers suivants : Johanne Déry, Odette Doyon, Mélanie Lavoie-Tremblay, Esther Leclerc, Christian Rochefort et Philippe Voyer. Quatre d'entre eux seront conférenciers ou panélistes au *Forum sur la pratique infirmière* du 24 septembre 2018.

3. Il s'agit des activités réservées prévues aux paragraphes 1, 2 et 10 de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et infirmiers*.

On trouvera les références ayant servi à la rédaction de cet éditorial à la page 51.

Au sein du réseau de la santé, dans lequel exercent 82 % des membres de la profession, des initiatives visant à utiliser leur plein potentiel se déploient. D'ici 2020, l'ensemble des infirmières et infirmiers détenteurs d'un diplôme d'études collégiales feront une formation de 25 heures sur l'évaluation de la condition physique et mentale, l'assise même de l'exercice infirmier.

Quant à l'OIIQ, ses inspections professionnelles, les données du syndicat, ses sondages auprès des membres ainsi que les nombreux échanges avec eux indiquent qu'au quotidien beaucoup d'autres tâches supplantent les activités professionnelles qui devraient être exercées. Pourtant, le législateur a réservé ces dernières aux infirmières et infirmiers en raison de leur haut risque de préjudice. Ces activités sont essentielles afin d'assurer à la population québécoise des soins de qualité, d'éviter des événements indésirables et de favoriser un meilleur accès aux soins.

Ajoutons que le Comité de la formation des infirmières et infirmiers de l'OIIQ, dans des avis successifs, interpelle les milieux d'enseignement sur l'importance de développer les compétences liées à la sécurité des soins, plus spécifiquement celles sur la surveillance clinique. Dans ces avis, le Comité s'appuie sur des rapports de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et des recensions d'écrits scientifiques.

RÔLE DE L'OIIQ ET PLAN D'ACTION

Gardien de la compétence de ses membres et partie prenante d'un cadre réglementaire issu notamment des lois 90 et 21, le Conseil d'administration de l'OIIQ et l'équipe de direction ont résolu de mettre en priorité, dès 2018, la pleine occupation de notre champ d'exercice.

Prenant appui sur une vision unanime de la profession infirmière, nous voulons faire en sorte que les priorités de développement et de soutien professionnel, qu'une nouvelle méthode d'inspection professionnelle et qu'une appropriation optimale du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* hissent l'exercice infirmier à son plein potentiel. En collaboration avec l'ensemble des parties prenantes, nous souhaitons miser sur trois activités réservées jugées critiques, en raison de leur incidence de risques réels pour la clientèle. Ces activités sont : l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier³.

FORUM SUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE : FORMER UNE ALLIANCE

L'OIIQ veut partager sa vision lors du *Forum sur la pratique infirmière* et souhaite que nous nous entendions pour former une alliance autour d'un plan collectif qui saura soutenir la pleine occupation du champ d'exercice. Ce plan et un trio organisé – OIIQ et ses membres, milieux cliniques, milieux de l'enseignement – permettront de relever l'ambitieux défi d'une profession affirmée à la hauteur des responsabilités qui nous ont été confiées.

Pour atteindre nos objectifs, l'ensemble des projets infirmiers, actuels et futurs, dans les milieux cliniques mis en place afin d'améliorer les soins et la sécurité des patients, devrait d'ores et déjà permettre aux infirmières et aux infirmiers du Québec d'occuper pleinement leur champ d'exercice.



« [...] nous souhaitons miser sur trois activités réservées jugées critiques, en raison de leur incidence de risques réels pour la clientèle : l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier. »

« L'OIIQ veut partager sa vision lors du Forum sur la pratique infirmière et souhaite que nous nous entendions pour former une alliance autour d'un plan collectif qui saura soutenir la pleine occupation du champ d'exercice. »

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

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

Rôle élargi



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

EXIGENCES

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

AVANTAGES

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



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

Centre de Santé Inuulitsivik
www.inuulitsivik.ca

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

INFIRMIÈRE DE GUERRE

Âgée de 101 ans, Marie Guimond raconte son parcours hors du commun

Sans la guerre, Marie Guimond ne serait sans doute jamais devenue infirmière. Entrée dans l'armée pour soigner nos soldats, elle a exercé sur trois continents et œuvré pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Au lendemain de son 101^e anniversaire, elle revient sur les points d'orgue de sa carrière.

par Catherine Crépeau

Le matin du 11 septembre 1945, la jeune Marie Guimond âgée de 22 ans se présente aux portes de la Croix-Rouge. La veille, le Canada est entré en guerre contre l'Allemagne et elle veut participer en soignant nos soldats. « Mon grand-père m'avait raconté le rôle des infirmières dans les hôpitaux de campagne pendant la Première Guerre mondiale et je m'étais dit que si une autre guerre survenait, c'est ce que je ferais. C'est la guerre qui a fait que je suis devenue infirmière », raconte, volubile, cette fille et petite-fille de militaire.

Assise sur le canapé de son appartement de Québec, où elle vit seule, Marie Guimond relate ses souvenirs. « C'est un médecin militaire, un ami de papa, qui m'a fait comprendre qu'après la guerre la formation d'aide-soignante de la Croix-Rouge ne serait pas reconnue. Je me suis donc inscrite à l'École d'infirmières de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. » Pendant quatre ans, elle partage son temps entre les cours et les soins aux malades sous la supervision serrée des religieuses. « Elles nous ont donné une très bonne formation. Mais surtout, elles disaient une chose que je n'ai jamais oubliée : "ce qui est important, c'est le patient". »



« Les religieuses disaient une chose que je n'ai jamais oubliée : "ce qui est important, c'est le patient". »

AU SERVICE DES MILITAIRES

Son diplôme en poche, Marie Guimond n'a pas perdu son désir de soigner les blessés de guerre. « Un mois après, j'étais dans l'armée », raconte-t-elle, l'œil pétillant. Sa première affectation, à l'Hôpital militaire de Québec, est cependant bien loin des champs de bataille. « On allait là où on avait besoin de nous. » C'est lors de la guerre de Corée et de son détachement au Japon puis à Séoul qu'elle se retrouvera en zones de guerre.

L'infirmière en salle d'opération retient l'extraordinaire expérience de collaboration vécue au British Commonwealth Hospital, au Japon. « On travaillait avec des Canadiens, des Anglais et des Australiens. Il fallait connaître et maîtriser les techniques en salle d'opération, mais tout se passait bien, parce que nous avions des façons de travailler similaires. »

Revenue au pays à la fin de la guerre, Marie Guimond assiste à la fermeture des hôpitaux militaires ou à leur transformation en établissements de santé pour vétérans. Elle se retire des Forces armées en 1956.

DES ANTILLES À L'AFRIQUE

Alors qu'elle travaille à l'Hôpital Jeffery Hale à Québec, sa carrière prend un tournant quand elle reçoit la lettre d'un certain Larry Mellon. Ce milliardaire américain rencontré un an plus tôt lui annonce la fin de la construction de son hôpital en Haïti et qu'il l'attend. « Quand je suis arrivée, tout le matériel était en vrac dans la salle d'opération. Il fallait tout installer et organiser. Après deux mois, nous étions prêts à opérer. Pendant quatre ans, j'ai formé des

infirmiers de salle d'opération et travaillé avec des chirurgiens de partout : des Chinois, des Hongrois, des Anglais... »

Quand l'aventure prend fin au début des années 1960, Marie Guimond, alors à l'aube de la quarantaine, s'inscrit au baccalauréat en nursing de l'Université McGill. « J'avais l'impression d'être en vacances. J'avais toujours eu des responsabilités au travail et là, je n'avais que les cours », dit-elle en riant. Son horaire est chamboulé quand l'OMS lui offre en 1962 la direction de l'École infirmière de Kinshasa, au Zaïre (devenu depuis la République démocratique du Congo). Elle y reste deux ans et revient au Québec afin de terminer son baccalauréat, puis s'établit ensuite à New York pendant cinq ans où elle occupera des postes d'enseignement et de gestion.

« J'ai beaucoup aimé travailler en salle d'opération, mais, avec les années, je suis devenue allergique à certains produits utilisés pour le nettoyage et la stérilisation des instruments et des équipements. C'est pourquoi j'ai commencé à m'investir davantage dans des postes de gestion et d'enseignement. »

Dans les années 1970, toujours sous l'égide de l'OMS, Marie Guimond passera cinq ans au Centre d'enseignement supérieur aux soins infirmiers de Dakar, au Sénégal. À 60 ans, elle revient au Québec – « soixante ans, c'est l'âge limite pour l'OMS! » – et travaille occasionnellement à l'Hôpital Jeffery Hale, pendant neuf ans. Mais elle se sent déphasée.

« Quand je suis revenue du Sénégal, j'ai senti que la société avait changé. À l'hôpital, la technologie était plus présente. Je ne dis pas que tout était mauvais avec ce changement, mais je ne m'y reconnaissais plus », résume Marie Guimond, qui a pris sa retraite de la profession au milieu des années 1980, au terme d'un parcours professionnel hors du commun. « Tout au long de ma carrière, j'ai été heureuse de travailler avec des gens de diverses nationalités. Ces rencontres ont rendu mon travail tellement intéressant et enrichissant! » ●



© Catherine Crépeau

DIABÈTE GESTATIONNEL

La prévalence de l'exposition des nouveau-nés passe du simple au triple

Touchant de 3 à 20 % des femmes enceintes, le diabète gestationnel se manifeste par une augmentation de la glycémie vers la fin du deuxième trimestre et au troisième trimestre de la grossesse (Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013). Dans la vaste majorité des cas, la glycémie retourne à des seuils normaux dans les semaines suivant l'accouchement. Au Québec, on observe pourtant une augmentation de la prévalence du diabète gestationnel sans que les chercheurs puissent en établir formellement les causes.

par DENYSE PERREAULT

Le diabète gestationnel fait l'objet d'un dépistage généralisé entre la 24^e et la 28^e semaine de grossesse, et encore plus tôt chez les femmes à risque (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Booth et Cheng, 2013). Compte tenu de l'absence d'études récentes sur l'évolution de ce type de diabète au Québec, des chercheurs ont produit un rapport de surveillance grâce à l'analyse des données couvrant deux périodes non consécutives de cinq ans, de 1989 à 1994 et de 2007 à 2012 (Chun et al., 2017).

On y apprend que la prévalence du diabète gestationnel a triplé entre les deux périodes, passant de 24,7 pour 1000 naissances à 75,5 pour 1000 naissances. Touchant les femmes enceintes de tout âge, celles âgées de 40 ans ou plus sont davantage susceptibles d'en être atteintes. Chez ces dernières, l'Institut national de santé publique du Québec (Chun et al., 2017) observe une prévalence de 160,1 pour 1000 naissances entre 2007 et 2012. Pour la même

période, la prévalence est de 207,8 pour 1000 naissances chez les femmes de 45 ans et plus. La prévalence est plus élevée en cas de grossesse multiple et chez les mères vivant dans des conditions de défavorisation. Ce dernier facteur de risque émerge au cours de la période 2007-2012.

RISQUES MULTIPLES

Le diabète gestationnel entraîne des risques de complications médicales (prééclampsies, déclenchement artificiel du travail, césariennes, hémorragies post-partum, dystocies des épaules, naissances prématurées) plus élevés que chez les femmes non atteintes.

Pour expliquer une telle augmentation de la prévalence du diabète gestationnel entre les deux périodes étudiées, les chercheurs posent l'hypothèse de causes multiples, dont l'évolution des méthodes de dépistage entraînant une augmentation du nombre de diagnostics, l'âge moyen de la mère lors de la grossesse de plus en plus avancé et la prévalence de l'obésité dans la population.

Ils rappellent donc l'importance des caractéristiques comme l'âge de la mère, le type de naissance (simple ou multiple) et l'indice de défavorisation matérielle – facteur de risque demandant une attention particulière dans les années à venir, insistent les chercheurs – pouvant influencer sur l'apparition du diabète gestationnel.

En l'état actuel des connaissances, ils mettent l'accent sur la promotion d'une saine alimentation et d'une bonne hygiène de vie incluant l'exercice physique pour contrôler le diabète gestationnel (Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee et al., 2013). ●

RÉFÉRENCE

Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Booth, G. et Cheng, A. Y. (2013). Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Methods. Canadian Journal of Diabetes*, 37(Suppl. 1), S4-S7. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2013.01.010>

Chun, L., Healy-Profitós, J., Thanh Tu, M., Blaser, C., Auger, N. et Bureau d'information et d'études en santé des populations. (2017). *Évolution du diabète gestationnel au Québec de 1989 à 2012. Rapport de surveillance*. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2275_evol_diabete_gestationnel.pdf

Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. (2013). Lignes directrices de pratique clinique. Diabète et grossesse. *Canadian Journal of Diabetes*, 37(Suppl. 5), S548-S566. Repéré à http://guidelines.diabetes.ca/cdcpag_resources/cpg_2013_full_fr.pdf

Pratiquez votre
PROFESSION,
avec **PASSION,**
près de
la **MAISON!**

Une place de choix
vous attend au CISSS de
la Montérégie-Centre

NOUSRECRUTONS.CA

Anne Martin,
infirmière au bloc opératoire
Hôpital du Haut-Richelieu

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

Québec 

CONGRÈS 2018 DE L'OIIQ

Le développement professionnel à l'honneur

Du fait de son thème mettant en avant une profession affirmée, le congrès 2017 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) avait abordé la pleine occupation du champ d'exercice. « Or, pour affirmer leur rôle, il est essentiel que les infirmières et infirmiers acquièrent de nouvelles connaissances et développent leurs compétences tout au long de leur parcours professionnel », explique Chantale Desbiens, directrice adjointe, pratique infirmière, à la Direction Développement et soutien professionnel de l'OIIQ.

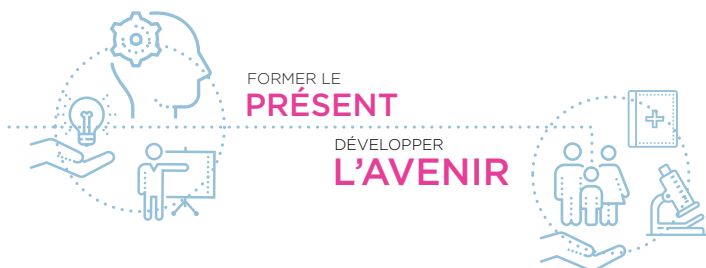
par NATHALIE BOËLS

Le congrès 2018, qui se tiendra les 5 et 6 novembre, a donc été placé sous le thème « Former le présent, développer l'avenir ». « Ce thème envoie un message clair sur l'importance de passer d'une culture de formation continue à une culture de développement professionnel, ajoute Chantale Desbiens. Le développement professionnel inclut la formation continue, mais c'est une démarche beaucoup plus large qui comprend aussi la pratique clinique quotidienne et les échanges avec des experts. »

regroupés selon des « parcours ». Les infirmières et infirmiers seront invités à choisir leur parcours en fonction de leur profil.

Le 6 novembre, pendant la période consacrée au repas du midi, une activité intitulée « De... sans idée à ... 100 idées » conviera les participants à des échanges et des activités créatives qu'ils pourront reproduire dans leur milieu.

« Les quatre jours de Congrès et de précongrès sont une excellente occasion de réseauter et de rencontrer des pairs, ainsi que des experts pour enrichir notre réflexion sur notre pratique et trouver de nouvelles stratégies de développement professionnel qui nous conviennent », fait valoir Sylvie Bécharde. C'est un rendez-vous à ne pas manquer! ●



« C'est également la capacité de prendre du recul face à sa pratique », précise Sylvie Bécharde, chef de service, Développement professionnel, à la même direction. Cet exercice d'introspection nous permet d'évaluer nos besoins afin de choisir les meilleures stratégies d'apprentissage en fonction des objectifs personnels et professionnels que nous nous sommes fixés. »

Véronique Dubé, infirmière et professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, dont les travaux de recherche portent notamment sur le développement professionnel, prononcera la conférence d'ouverture. « Le processus d'apprentissage tout au long de la vie requiert non seulement un engagement fort et volontaire de chacune des infirmières, mais également des transformations dans nos stratégies éducatives et de gestion pour développer et soutenir cette culture de la curiosité », affirme-t-elle.

Comme chaque année, le Congrès est précédé de deux journées – les samedi et dimanche 3 et 4 novembre – au cours desquelles sont proposées une quarantaine de formations en salle accréditées sur les sujets les plus variés.

NOUVEAUTÉS

Les organisateurs ont été à l'écoute de leurs membres qui ont manifesté leur souhait de voir cet événement annuel soumis à une cure de rafraîchissement. « Plusieurs membres réclamaient des occasions plus nombreuses consacrées à l'échange et au réseautage », dit Chantale Desbiens.

Des changements majeurs ont donc été apportés. Ainsi, l'assemblée générale annuelle aura lieu après la conférence d'ouverture du Congrès au lieu de la précéder. De plus, les ateliers thématiques seront



Travailler au mieux-être collectif, c'est central.

CSQ
Centrale des syndicats
du Québec
lacsq.org

RECRUTEMENT INFIRMIÈRES

partout au Québec



PLACEMENT EN SANTÉ

Faites partie
d'une tradition
d'excellence.

Obtenez une prime si vous
changez d'agence ou si
vous référez du personnel.*

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

CODEBLEU.CA



*Certaines conditions s'appliquent.

ACUITÉ DES SOINS

Pour une prise en compte de toutes les activités infirmières

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (Loi 10) a regroupé les établissements de santé en Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Les équipes des divers établissements ont donc dû apprendre à travailler ensemble. « Elles devaient trouver des solutions innovatrices pour maintenir ou améliorer la performance clinique. L'acuité des soins va dans ce sens », explique Francine Ducharme, doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

par NATHALIE BOËLS

Francine Ducharme s'exprimait lors de la 11^e édition de l'événement Partenariat DSI-CII-FSI organisé plus tôt cette année par le CIUSSS de l'Est-de-Île-de-Montréal (CEMTL). Concept encore peu connu, l'acuité peut se définir comme « l'intensité des soins requis par un usager en tenant compte de ses caractéristiques physiques, psychologiques, sociales, spirituelles et environnementales », a expliqué Claudel Guillemette, directeur adjoint des soins infirmiers, volet des pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers au CEMTL.

D'un point de vue infirmier, ce concept prend en compte des activités infirmières peu ou pas documentées dans le dossier du patient (évaluation, jugement clinique, etc.).

Les conférenciers et panélistes s'entendent pour dire que le concept d'acuité des soins peut être utilisé notamment pour mieux définir le rôle de chacun dans l'équipe. Il permet aussi de déterminer les ressources infirmières nécessaires par quart de travail et, ainsi, d'obtenir des données précises justifiant les ajustements de ressources humaines. Plus l'acuité des soins d'un patient est forte, plus les besoins en ressources infirmières seront grands.

D'un point de vue infirmier, ce concept prend en compte des activités infirmières peu ou pas documentées dans le dossier du patient (évaluation, jugement clinique, etc.).

APPLICATIONS CONCRÈTES

Certains outils utilisant la méthode « Temps et mouvement » (*Time and Motion*) mesurent le temps requis pour chaque activité et chaque geste accompli avec un patient donné. Cette méthode quantitative s'adapte autant aux gestes cliniques qu'aux activités moins « visibles » de l'infirmière, comme la communication avec le patient et la famille, ou l'enseignement aux stagiaires.

L'équipe de Johanne Boileau, infirmière et directrice des soins infirmiers au CIUSSS du Centre-Ouest-de-Île-de-Montréal, a mesuré le temps requis pour les actes infirmiers dans une équipe de soins en médecine-chirurgie de l'Hôpital général juif, pour chaque quart de travail. L'outil employé, le *Safer Nursing Care Tool*, conçu en Angleterre et validé en contexte québécois, fournit des valeurs en équivalent temps complet. Ajustées selon le nombre de congés, d'admissions ou de transferts de patients (*patient flow*) et des indicateurs de qualité sensibles aux soins infirmiers, comme le jugement professionnel et le jugement clinique, les données obtenues se sont révélées utiles pour ajuster les effectifs infirmiers de l'équipe.

Cependant, selon les experts, le principal obstacle à une application accrue du concept d'acuité des soins demeure le manque d'outils de mesure disponibles. La plupart ont été créés dans d'autres pays et doivent être validés en contexte québécois avant d'être utilisables.

Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, qui était panéliste lors de cet événement, a rappelé la nécessité d'occuper pleinement son champ d'exercice. « On se souvient des propos de la professeure Johanne Déry au Congrès de l'OIIQ de 2017 : on fait seulement 50 % des activités pour lesquelles nous avons la formation, les connaissances, les compétences et l'expertise. Il faut viser une occupation optimale de notre champ d'exercice. Mais il faut le connaître, et cesser d'effectuer des tâches qui devraient être faites par d'autres. » ●

La Côte-Nord, c'est 272 290 km² d'espace pour vos passions, vos ambitions et surtout, votre vie!



À la recherche de nouveaux défis?

Possibilités d'emploi dans divers services :

- 1^{re} ligne, maladies chroniques
- Bloc opératoire
- Soins critiques
- Hospitalisation
- Centre mère-enfant/pédiatrie
- Psychiatrie
- Santé publique
- Hébergement
- Soins à domicile
- Dispensaires

Renseignez-vous sur le congé sans solde pour œuvrer dans un établissement nordique.

Dans certaines installations : prime de rétention ou d'éloignement, paiement des frais de déménagement, aide au logement.

emploi.santecotenord.gouv.qc.ca

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Québec



« La pratique en CHSLD n'a pas la cote. Beaucoup pensent qu'ils vont perdre en compétences dans un centre d'hébergement, alors que la réalité est tout autre : la complexité des cas est stimulante. »

Jean-Daniel Cyr

IPS en soins de première ligne

Grâce à la nouvelle réglementation entrée en vigueur le 8 mars dernier qui leur donne plus de latitude, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) peuvent désormais amorcer le traitement de six problèmes de santé chroniques et ne sont plus limitées dans le choix de médicaments qu'elles peuvent prescrire. De plus, les IPS en soins de première ligne (IPSPL) peuvent maintenant exercer dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Un environnement que Jean-Daniel Cyr connaît bien, lui qui pratique depuis trois ans au Centre Paul-Gilbert, à Lévis.

par **GEOFFREY DIRAT**

Depuis l'obtention de son baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Laval, en 2005, Jean-Daniel Cyr s'emploie à relever des défis, acquérir de nouvelles connaissances et élargir son champ de pratique. Un état d'esprit qui l'a amené, en 2010, à devenir IPSPL puis, cinq ans plus tard, à participer au « Projet Vitrine » soutenant la mise en place d'IPSPL en CHSLD (voir encadré ci-dessous). « Notre Direction des soins infirmiers [du CISSS de Chaudière-Appalaches] cherchait des volontaires et j'ai spontanément manifesté mon intérêt », raconte celui qui a toujours eu de la curiosité pour la pratique en gériatrie. Le fait que sa mère, infirmière, a travaillé en centre d'hébergement n'était sans doute pas non plus étranger à sa démarche. Cette étude visait à mesurer l'apport des IPSPL auprès des clientèles hébergées, dans une pratique de collaboration avec les médecins partenaires.

« Au départ, les gestionnaires avaient des visions et des attentes différentes sur notre rôle », se souvient Jean-Daniel Cyr. Son intégration parmi le personnel soignant ne s'est pas réalisée sans heurt, comme c'est souvent le cas lorsqu'un nouveau joueur arrive dans un milieu où les rôles et responsabilités, de même que l'organisation du travail, sont déjà bien établis. « Les infirmières ne comprenaient pas tout à fait mon rôle en tant qu'IPSPL et les pharmaciens ignoraient ce que je pouvais prescrire. Quant aux médecins, ils ne connaissaient pas mes compétences », résume l'infirmier qui a su faire sa place en usant de tact et de communication. « Aujourd'hui, tout se passe en bonne intelligence », observe-t-il en soulignant que les nouvelles lignes directrices (voir encadré en page 15) ont clarifié son rôle et ses responsabilités ainsi que l'étendue de ses activités.

QUALITÉ DES SOINS ACCRUE

Si l'intégration de Jean-Daniel Cyr à l'équipe soignante est une réussite, c'est aussi parce que les IPSPL apportent une valeur ajoutée tangible au sein des CHSLD. Le Projet Vitrine a démontré que leur présence se traduit notamment par une meilleure utilisation de la médication et beaucoup moins de transferts dans les hôpitaux de courte durée grâce à une prise en charge plus rapide de la clientèle hébergée. « On permet aussi aux médecins de se concentrer sur les cas nécessitant leur expertise propre, on renforce et on améliore la pratique des infirmières pour lesquelles on devient la personne-ressource, on fait le lien avec tous les autres professionnels de la santé qui exercent dans les CHSLD et on est plus disponible pour la clientèle hébergée et leurs familles », explique l'IPSPL, convaincu que « toutes ces petites actions se répercutent positivement sur la qualité des soins offerts ».

Le Projet Vitrine a été enrichissant à la fois humainement et professionnellement pour Jean-Daniel Cyr. « La pratique en CHSLD n'a pas la cote et c'est dommage. Beaucoup pensent qu'ils vont y perdre en compétences, alors que la réalité est tout autre : la complexité des cas est stimulante et on travaille vraiment en intra et en interdisciplinarité », affirme l'infirmier qui considère qu'il s'agit d'un lieu de pratique idéal pour occuper pleinement son champ d'exercice d'IPSPL. Il a donc poursuivi l'expérience au-delà du Projet Vitrine. Il pratique



QU'EST-CE QUE LE PROJET VITRINE?

L'étude « Infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne en centres d'hébergement et de soins de longue durée », ou Projet Vitrine, a permis d'analyser la portée des interventions d'IPSPL dans ces milieux de soins à la lumière d'indicateurs, comme le nombre de transferts vers les soins de courte durée, le nombre de médicaments pris par les résidents, le nombre de chutes et l'utilisation de mesures de contrôle. Dirigée par la chercheuse Kelley Killpatrick, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, cette étude a été menée de 2015 à 2017 en collaboration avec l'OIIQ, le CMQ et plusieurs CISSS et CIUSSS grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les conclusions positives de cette étude permettent aujourd'hui de soutenir la mise en place des IPSPL en CHSLD.



« Certaines familles ont des mésententes considérables, d'autres, des attentes impossibles. Il faut essayer de concilier tout cela avec le bien-être du résident, grâce à la communication et à l'enseignement aux familles. »

aujourd'hui à mi-temps au Centre Paul-Gilbert et quelquefois au Centre d'hébergement Champlain-Chanoine-Audet à Saint-Romuald. Il exerce également au Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Lévis. « Je veux maintenir cette diversité pour conserver des compétences élargies », explique-t-il.

COMMUNICATION

Jean-Daniel Cyr apprécie le contexte dans lequel il exerce au Centre Paul-Gilbert. Alors qu'au GMF-U, il reçoit un nouveau patient « toutes les 30 minutes », il estime avoir plus de temps en CHSLD pour s'investir auprès de la clientèle – un impératif étant donné l'état de santé des 84 résidents qu'il suit conjointement avec les médecins. La plupart présentent des comorbidités multiples (insuffisance cardiaque, rénale ou pulmonaire, etc.) et la majorité ont des troubles neurocognitifs (démence, maladie d'Alzheimer, sclérose en plaques, pour ne nommer que ceux-là). « La communication avec ces personnes est généralement difficile, voire très réduite. Comme je ne peux pas avoir de discussion sur leurs symptômes, je dois approfondir l'évaluation et l'examen clinique, et faire confiance à l'équipe soignante. Les préposés aux bénéficiaires et les infirmières sont une mine d'informations sur les changements de comportements », témoigne-t-il.

L'enjeu supplémentaire auquel fait face Jean-Daniel Cyr concerne les proches qui s'impliquent dans la gestion de la perte d'autonomie de leurs parents ou dans la prise en charge des symptômes comportementaux de la démence. « Certaines familles ont des mésententes considérables, d'autres, des attentes impossibles. Il faut essayer de concilier cela avec le bien-être de la clientèle hébergée, grâce à la communication et à l'enseignement aux familles », indique l'infirmier qui dit devoir aussi faire en sorte d'atténuer le sentiment de rejet qui habitent plusieurs résidents ne pouvant pas compter sur la présence ou les visites de leur famille.

L'IPSPL s'occupe des admissions de la nouvelle clientèle hébergée et prend en charge la révision des plans d'intervention en vue des rencontres avec les familles, auxquelles il participe. « Je vérifie les histoires de vie et les antécédents. Je passe en revue les traitements et j'en discute ensuite avec les médecins. Comme ils n'ont pas toujours le temps d'évaluer tous ces dossiers et que j'ai gagné leur confiance, je peux prendre le leadership sur chaque cas; c'est très motivant », affirme-t-il. Il collabore également avec le personnel infirmier en apportant du soutien à la pratique, notamment pour les évaluations cliniques. « On revoit ensemble les protocoles et les méthodes de soins. »

Après quelques mois, l'horaire de Jean-Daniel Cyr est désormais rodé. « Le matin, je fais la tournée des unités, je vérifie les cartables de garde et je fais le suivi des interventions. » Au besoin, il sollicite les autres professionnels pour obtenir leur évaluation. « La pratique collaborative est une réalité au Centre Paul-Gilbert », signale l'IPSPL qui apprécie avoir des échanges avec les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les nutritionnistes et les autres professionnels. « C'est très enrichissant, estime-t-il, et surtout très bénéfique pour les résidents, car ce travail en équipe influence positivement la qualité des soins que nous leur offrons. » •



LIGNES DIRECTRICES

Développées en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, les lignes directrices sur la pratique des IPS – disponibles sur le site Web de l'OIIQ – décrivent notamment le rôle de l'IPS, son offre de services, la clientèle visée par sa spécialité et ses lieux de pratique. Elles exposent aussi le rôle et les responsabilités de l'IPS en matière d'activités médicales, ainsi que les divers aspects liés au partenariat avec les médecins partenaires et à la pratique collaborative.

À LIRE AUSSI

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). *Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – Cadre de référence*. Montréal : OIIQ.

Roy, C., Maillé, M. et Langlois, C.-A. (2018). Nouvelle réglementation – Des avancées majeures pour les IPS. *Perspective infirmière*, 15(3), 12-13.



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

LA CLINIQUE DES FEMMES DE L'OUTAOUAIS

Une alliée des femmes dans la planification des naissances

Située dans un quartier tranquille de Gatineau, la Clinique des femmes de l'Outaouais n'attire pas l'attention. Pourtant, derrière ses portes, la vie de milliers de femmes y est transformée chaque année. « Chaque femme peut prendre les bonnes décisions pour elle. Ce que l'on prône ici, c'est le libre choix, et on prend le temps d'expliquer les choses pour qu'il en soit ainsi », souligne Patricia LaRue, directrice générale de cette Clinique qui repose sur l'expertise infirmière.

Utilisant une approche très humaine centrée sur les femmes et respectueuse de leur réalité, la dizaine d'infirmières exerçant à la Clinique propose des services de santé en planification des naissances à diverses clientèles, dont les nouvelles arrivantes non encore dotées de leur carte d'assurance maladie – clientèle particulièrement vulnérable –, et les femmes sans médecin de famille. Des avortements y sont pratiqués grâce à la collaboration de plusieurs médecins et la contraception y est aussi enseignée.

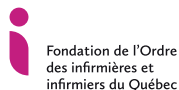
« Tous les jours, je sens que je fais une réelle différence pour les patientes, constate Lola McNamara, infirmière-chef de la Clinique. Je peux prendre le temps d'écouter leurs préoccupations et je les accompagne au cours d'une étape de leur vie qui n'est pas facile. »

UNE SUBVENTION QUI PORTE SES FRUITS

En février 2018, la Clinique a pu compter sur le soutien de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) puisqu'elle a reçu le prix *Coup de cœur leadership*, accompagné d'une bourse de 25 000 \$. La Fondation de l'OIIQ a pour mission de promouvoir l'avancement des sciences infirmières et des soins infirmiers au bénéfice des patients. « Nous étions très fières de recevoir ce prix, car notre approche repose entièrement sur l'expertise infirmière, explique Patricia LaRue. Nous constatons les besoins de la clientèle en matière de santé sexuelle et nous avons des solutions à lui proposer. Le soutien de la Fondation contribue à nous permettre d'agir. »

Ce financement a permis aux infirmières de la Clinique de se déplacer dans différents milieux pour y donner l'enseignement sur la contraception. Elles se sont notamment rendues dans un centre d'éducation aux adultes accueillant de nouvelles arrivantes, dans un centre pour les mères adolescentes et dans une maison d'hébergement pour femmes victimes de violence.

Patricia LaRue précise l'importance de ces enseignements : « Dans certaines relations de couple, la grossesse représente une forme de contrôle pour un conjoint violent. En enseignant toutes les méthodes de contraception, on donne de l'autonomie aux femmes. On défait aussi les mythes sur l'avortement. Lorsqu'elles nous entendent, elles se sentent davantage en sécurité. »



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

AVIS DE CONVOCATION

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE
DE LA FONDATION DE L'ORDRE DES
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Conformément à l'article 4.02 de son *Règlement administratif*, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec avise tous ses membres que son assemblée générale annuelle se tiendra le **mercredi 26 septembre 2018** à 17 h 30, dans la salle 127-C du siège social de l'OIIQ, situé au 4200, rue Molson, à Montréal.

À l'occasion de cette assemblée, le rapport annuel de la Fondation 2017-2018 et les états financiers audités au 31 mars 2018 seront présentés. Nous procéderons aussi à la nomination des auditeurs indépendants pour l'exercice financier 2018-2019.

La secrétaire,

Carole Mercier, inf., B. Sc. inf., M. Sc. (adm. de la santé), IMHL, ASC

Note : L'article 2.01 du *Règlement administratif* de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec stipule que sont considérés comme membres les particuliers intéressés à promouvoir les objectifs de la Fondation et qui ont effectué, dans les douze mois précédant le 1^{er} avril de chaque année, une contribution égale ou supérieure à la contribution fixée par le Conseil d'administration. Au 31 mars 2018, le montant fixé par le Conseil d'administration de la Fondation s'élevait à 25 \$.

Au nom des membres du Conseil d'administration de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, nous vous remercions de demeurer généreux et fidèles à la cause de l'amélioration des soins infirmiers et du mieux-être de la population. Pour faciliter sa collecte de fonds, la Fondation de l'OIIQ a mis en place un système de dons en ligne sur son site Web. Nous vous invitons à continuer d'appuyer votre fondation en faisant un don en ligne.



« Chaque femme peut prendre les bonnes décisions pour elle. Ce que l'on prône ici, c'est le libre choix, et on prend le temps d'expliquer les choses pour qu'il en soit ainsi. »

PATRICIA LARUE
Directrice générale de la Clinique des femmes de l'Outaouais

Le degré de vulnérabilité varie d'une patiente à l'autre, mais toutes reçoivent le même accompagnement. Pour travailler à la Clinique, il faut faire preuve d'ouverture d'esprit et laisser tomber ses préjugés, que ce soit envers la religion ou l'utilisation de drogues injectables. Sarah Charbonneau, infirmière clinicienne, rappelle toutefois la nécessité de rester réaliste dans le désir d'aider. « On a un rôle d'enseignement important auprès de notre clientèle, mais on ne peut pas imposer notre vision. » Elle voit comme un privilège de pouvoir accompagner la clientèle vulnérable, souvent ostracisée. « Toute personne a droit à des soins humains et de qualité, estime-t-elle. Je veux contribuer à défaire les préjugés. »

UNE APPROCHE SANS JUGEMENT

Les infirmières de la Clinique des femmes de l'Outaouais insistent sur l'autonomie de leur pratique, qui bénéficie à la clientèle. L'infirmière clinicienne Natacha Meilleur peut en témoigner. « Plus que jamais, je sens que j'utilise mon potentiel infirmier, car je peux prendre des décisions pour le mieux-être de ma clientèle sans devoir toujours consulter un médecin. J'ai aussi un numéro de prescripteur, ce qui me permet de mieux servir mes patientes. »

La Clinique occupe une place spéciale dans sa vie. Étudiante, elle y a subi un avortement. « Je ne me suis pas sentie jugée. Au contraire, je me suis sentie comprise et cela a mis un baume sur mon sentiment de culpabilité. C'est un moment marquant de ma vie. Je n'ai jamais oublié tout ce que les infirmières ont fait pour moi en m'accompagnant dans cette épreuve. J'ai eu envie à mon tour d'occuper ce rôle important. »

LA PRESCRIPTION INFIRMIÈRE

Le droit de prescrire apporte un degré d'autonomie supplémentaire aux infirmières de la Clinique. Pour l'infirmière Anick Provencher, cela se traduit par un service de proximité accru pour la clientèle. « C'est un pas important pour la profession. La prescription infirmière nous permet d'être proactives, particulièrement dans les situations de dépannage. »

Sa collègue Sarah Charbonneau acquiesce : « Nous offrons des soins de proximité et nos patientes nous font confiance. Nous avons la formation, l'expertise et le jugement pour les accompagner. Nous sommes dans une relation d'aide où nous évaluons aussi la condition physique et mentale de la personne. »

Poursuivant leurs activités habituelles, les infirmières de la Clinique continueront aussi de rencontrer des femmes et toutes les personnes nécessitant leur expertise en santé sexuelle. ●

Soumettez vos projets

Pour mieux soigner Jusqu'à 250 000 \$

Cette aide financière vise à soutenir des projets cliniques infirmiers qui contribuent à améliorer la qualité, la sécurité et l'accès aux soins pour la population.

Date limite : 1^{er} octobre 2018

Coup de cœur leadership Jusqu'à 25 000 \$

Ce prix de reconnaissance est remis à un organisme à but non lucratif, de bienfaisance ou à une coopérative ayant une réputation bien établie, qui met en valeur la profession infirmière et reconnaît l'importance et l'impact du travail des infirmières et infirmiers.

Date limite : 29 octobre 2018



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

Renseignements sur les
conditions d'admissibilité

fondationoiq.org

SOIRÉE FLORENCE 2018

Une célébration de la profession infirmière et de ses expertises multiples

C'est dans le cadre enchanteur du Marché Bonsecours, dans le Vieux-Montréal, que le 2 mai dernier plus de 400 invités – infirmières et infirmiers, ainsi que partenaires – ont célébré les lauréats des prix Florence 2018 décernés par l'OIIQ dans huit catégories. « Vos cheminements individuels et vos pratiques font rayonner la profession infirmière », a souligné la présidente de l'OIIQ, Lucie Tremblay. Retour en photos sur une soirée fertile en émotions.



Les huit lauréats de l'édition 2018 des Prix Florence en compagnie de Lyne Tremblay, présidente de la Fondation de l'OIIQ, et Lucie Tremblay, présidente de l'OIIQ. De gauche à droite, Sylvie Cossette, Martine Gagnon, Christine Laliberté, Geneviève Ménard, Lyne Tremblay, Lucie Tremblay, Sylvie Cossette, Jessica Rassy, Julien Côté et Dave Bergeron.

Un hommage a été rendu à Régine Laurent, présidente de la FIQ de 2009 à 2017.

SOUTENIR L'INNOVATION INFIRMIÈRE

La Soirée Florence est organisée au profit de la Fondation de l'OIIQ. Les fonds recueillis permettent à la Fondation de soutenir le développement de projets infirmiers porteurs et novateurs pour le bénéfice des patients. La Soirée Florence 2018 a permis de remettre la somme de 110 000 \$ à la Fondation de l'OIIQ.





Le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, était présent à la Soirée Florence.



LES LAURÉATS

Enseignement et recherche

Sylvie Cossette, vice-doyenne à la recherche et au développement international à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et codirectrice du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

Excellence des soins

Julien Côté, conseiller en soins infirmiers, volet soins des plaies, au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Promotion de la santé

Martine Gagnon, consultante clinique et vice-présidente du conseil d'administration du Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire.

Leadership

Geneviève Ménard, consultante en gouvernance clinique et directrice des soins infirmiers au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal (jusqu'en mars 2018).

Engagement professionnel

Christine Laliberté, IPS en soins de première ligne au CIUSSS de la Capitale-Nationale – GMF St-Vallier, projet clinique Archimède, et présidente de l'Association des infirmières spécialisées du Québec.

Pratique collaborative

Sylvie Leclerc, conseillère cadre en soins infirmiers au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Rayonnement international

Dave Bergeron, président de *Infirmières de l'humanité*, professeur à l'Université du Québec à Rimouski.

Relève

Jessica Rassy, professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke – Campus Longueuil.

Pour en apprendre plus sur les lauréats 2018, on peut consulter la brochure de la Soirée Florence publiée dans le numéro de mai-juin de *Perspective infirmière* et visionner les vidéos qui leur sont consacrées sur le site web de l'OIIQ, section Récipiendaires 2018.





Emmène-moi au sommet

**Épargnez 41 %
sur vos billets
SkiMax**

58\$ / billet

**Tarif valable
jusqu'au 25 octobre**

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

PRIX RÉGIONAUX
**INNOVATION
CLINIQUE**
BANQUE NATIONALE
2017

Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec

Santé et sécurité au travail : évaluer le risque chimique

par **NATHALIE BOËLS**

Chaque année, au Québec, des centaines de travailleurs subissent des brûlures chimiques après avoir manipulé des produits dangereux. Les infirmiers en santé et sécurité au travail assistent les employeurs afin de mettre en place des solutions visant la réduction des risques. « Grâce à notre projet, nous avons voulu provoquer

une prise de conscience chez les employeurs et les travailleurs pour qu'ils agissent en prévention », explique **Harold Bherer**, infirmier et conseiller en soins infirmiers en santé au travail au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Le projet « Outil d'évaluation du risque chimique » a reçu le prix Innovation clinique Banque Nationale 2017 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec.



« Les employeurs et leurs travailleurs visualisent les variables qui influencent la dangerosité du produit chimique dans une grille d'analyse. Ils réalisent alors l'importance de mettre en œuvre des solutions préventives pour éviter les blessures. »

L'INFIRMIÈRE AU CŒUR DE L'ANALYSE

Depuis 2016, l'équipe d'Harold Bherer accompagne des employeurs et travailleurs dans l'analyse des risques liés à l'utilisation de produits chimiques. Les infirmières et le technicien en hygiène du travail visitent les installations et assistent à des démonstrations d'utilisation des produits chimiques. « L'infirmière fait plusieurs constats : est-ce que les équipements de protection sont à portée de main et sont-ils correctement utilisés? » illustre Harold Bherer. Par la suite, en collaboration avec les membres du comité santé et sécurité au travail de l'entreprise, elle accorde une valeur à chaque facteur de risque indiquant la probabilité qu'un accident survienne et son degré de gravité. Cette valeur, placée dans une grille d'évaluation, est abaissée si des solutions sont suggérées pour diminuer la gravité ou la probabilité d'accidents, comme recourir à un produit moins dangereux ou l'utiliser moins souvent, porter des vêtements et des lunettes de protection, s'assurer que le travailleur connaît les risques d'utilisation du produit, qu'il existe une procédure d'utilisation sécuritaire, etc.

CONVAINCANT

Les membres du comité peuvent suivre les résultats de ces changements en direct sur une matrice d'évaluation du risque : un X se déplace dans des zones de couleur en fonction de la probabilité et de la gravité d'un risque. Un rapport est remis à l'entreprise dans les semaines qui suivent. « Quand les participants voient de visu le X se déplacer vers la zone rouge, ils réalisent l'urgence d'agir, souligne Harold Bherer. L'employeur est amené à entreprendre des changements significatifs pour assurer la sécurité de ses employés. » Depuis la mise sur pied de ce projet, les infirmières reçoivent des demandes d'employeurs de la région pour obtenir une analyse des risques liés à l'utilisation de produits chimiques dans leur entreprise.

Pour utiliser cet outil, les infirmières doivent d'abord suivre une formation de trois heures. Harold Bherer prévoit former plusieurs infirmières en santé et sécurité du travail à travers le Québec. Cet outil d'évaluation du risque pourrait aussi être adapté pour l'évaluation des risques biologiques en centre hospitalier. ●

À PROPOS DE la vitesse d'administration des médicaments intraveineux

par JACINTHE LECLERC, B. Sc. inf., Ph. D.,
ADJO ENYONAM AKATOR, B. Sc., M. Sc.,
et MARIE-ÈVE LEBLANC, inf., M. Sc.

L'infirmière administre des médicaments par voie intraveineuse (IV) périphérique au quotidien : « NaCl 0,9 % à 100 mL/h », « D5 % 1/2S à 80 mL/h », « culot globulaire de 100 à 140 mL/h en moins de 4 heures », « TVO », « Bolus », etc. À chaque ordonnance, sa vitesse de perfusion! Cette dernière se définit comme le débit auquel la quantité de médicament (en millilitres) doit être administrée par unité de temps (heure), soit mL/h. Au-delà du geste technique, la vitesse d'administration IV peut varier selon diverses situations.

RÉPONSES EN PAGE 68

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. La vitesse d'absorption d'un médicament IV est proportionnelle à sa vitesse d'administration. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. Tout médicament IV administré trop rapidement peut entraîner un risque de surcharge liquidienne pour le patient. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. Une injection IV directe administrée lentement réduit le risque de toxicité au système nerveux central. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. Une administration rapide de médicament IV peut entraîner des effets secondaires. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. Les médicaments irritants peuvent être administrés rapidement par voie intraveineuse sans conséquence pour le patient. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. Il est préférable d'administrer le médicament trop lentement que trop rapidement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Les CHSLD de Vigi Santé présents dans plusieurs régions du Québec sont reconnus pour leur vision centrée sur le développement de milieux de vie adaptés, animés, stimulants et sécuritaires pour des adultes qui vivent des problématiques de santé en raison de leur âge avancé ou d'un handicap.



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

**CADRE SUPÉRIEUR DU RSSS
CADRE INTERMÉDIAIRE DU RSSS
INFIRMIER(ÈRE) RESPONSABLE
ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
INFIRMIER(ÈRE) CHEF D'ÉQUIPE**



Nous vous offrons

Des programmes cliniques et administratifs de pointe, une technologie de l'information d'avant-garde, une formation continue permettant le développement des compétences, un environnement où « L'humain est au cœur de notre agir ». Partenaire du réseau de la santé et des services sociaux, nos conditions de travail sont les mêmes que celles du réseau, incluant notamment les salaires et les avantages sociaux.

Employant plus de 2000 employés et hébergeant plus de 1500 résidents, Vigi Santé se situe parmi les chefs de file dans le domaine de la gériatrie au Québec et ce depuis plus de 35 ans. La qualité des soins et des services étant au cœur de notre mission, nous sommes agréés par Agrément Canada avec mention d'honneur. Basée sur le respect et la dignité de la personne, Vigi Santé est une entreprise familiale axée sur l'excellence et le bien-être du résident.

Pour toute question sur le poste convoité et le CHSLD de votre région : www.vigisante.com

Pratiques de sommeil sécuritaire du nouveau-né

Les pratiques de sommeil sécuritaire (PSS) désignent un ensemble de recommandations favorisant le sommeil du bébé en toute sécurité en vue, notamment, de réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Les PSS accordent une attention particulière à la position dans laquelle le bébé est placé pour dormir pendant la nuit et ses siestes, ainsi qu'à son environnement de sommeil. Depuis la première campagne de sensibilisation *Dodo sur le dos* de Santé Canada, en 1999, le taux de SMSN a diminué de près de moitié au pays de 1999 à 2004 (Agence de la santé publique du Canada, 2008).

par **AUDREY LARONE JUNEAU, inf., M. Sc., CAROLINE LEMAY, inf., M. Sc., ISABELLE MILETTE, IPSNN,**
et **MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.**

Le SMSN désigne la mort inattendue d'un enfant de moins d'un an demeurant inexplicée même après un examen approfondi du cas. Les causes exactes du SMSN sont inconnues. Il peut survenir à tout moment au cours de la première année de vie, bien que sa fréquence atteigne un sommet chez les nourrissons âgés de deux à quatre mois et diminue après l'âge de six mois (Blair, Sidebotham, Berry, Evans et Fleming, 2006). Le taux de SMSN est plus élevé chez les bébés de sexe masculin, chez les prématurés ou ayant un faible poids à la naissance, ainsi que chez les bébés de familles défavorisées sur le plan socioéconomique ou d'origine autochtone (Blair et Fleming, 2002; Blair et al., 2006).

La diminution du taux de SMSN au Canada est en partie attribuable à des changements de croyances et de comportements des parents. Ces derniers sont aujourd'hui davantage sensibilisés au fait que les nourrissons doivent être positionnés sur le dos pour dormir et qu'il est recommandé de réduire le tabagisme maternel pendant et après la grossesse (Rusen, Liu, Sauve, Joseph et Kramer, 2004).

La situation est différente pour les bébés prématurés ou nés à terme mais malades admis à l'unité néonatale (UNN). Chez ces bébés, le positionnement thérapeutique (latéral, dorsal et ventral) pendant leur hospitalisation se révèle essentiel au développement neuromoteur. Cependant, cette pratique de positionnement est inappropriée pour le bébé préparé à partir à la maison (Gelfer, Cameron, Masters et Kennedy, 2013). En effet, dès le retour à la maison, les parents devront appliquer la position de sommeil sur le dos et l'ensemble des PSS afin de créer un environnement de sommeil sécuritaire pour leur bébé. Donc, il est souhaitable d'assurer une transition entre le positionnement thérapeutique et les PSS lorsque l'âge gestationnel du bébé ou sa condition clinique le permettent. Ce processus peut débuter au moins une à deux semaines avant la date prévue de sa sortie de l'hôpital (Rao, May, Hannam, Rafferty et Greenough, 2007).

Certaines UNN ont créé un protocole ou une procédure visant à faciliter la transition vers les PSS afin d'aider le bébé à s'habituer à dormir exclusivement sur le dos à sa sortie de l'hôpital. D'autres UNN mentionnent seulement aux parents de se conformer aux recommandations en matière de PSS une fois à la maison. Cela représente parfois une source de stress importante pour les familles. L'infirmière en néonatalogie joue donc un rôle essentiel pour amorcer la transition vers les PSS en collaborant avec les parents et en les guidant tout au long du processus.

TRANSITION VERS LES PSS

Comment reconnaître qu'un bébé en UNN est prêt pour la transition vers les PSS?

- 1) Passage de l'incubateur au petit lit : le bébé prématuré ayant atteint 34 semaines peut en général maintenir sa température et rester en position fléchie. La plupart du temps, à cet âge, on procède à la transition de l'incubateur au petit lit. Donc, le moment est idéal pour introduire les PSS.
- 2) Conditions médicales et technologies de monitoring : toutefois, il faut s'assurer que le bébé n'a pas de conditions médicales (p. ex., syndrome de détresse respiratoire, malformations congénitales, syndrome de sevrage aux médicaments ou aux drogues, apnées et bradycardies fréquentes) ou encore qu'il n'est pas branché à des appareillages ou ne dépend pas de certaines technologies (p. ex., photothérapie, drain thoracique, lunette nasale à haut débit) qui empêcheraient cette transition.

Déroger à l'instauration des PSS est une décision relevant du médecin traitant.

Comment faire la transition vers les PSS?

Informez les parents

Dès que le bébé est prêt à commencer la transition vers les PSS, l'infirmière informera les parents en prévision de la sortie de l'hôpital. Elle leur remettra la documentation explicative nécessaire pour participer à ce processus. La plupart du temps, les UNN possèdent des documents émanant des recommandations du Gouvernement du Canada. De même, les infirmières peuvent conseiller aux parents de consulter le site Web du Gouvernement du Canada (2018) et sa page sur le sommeil sécuritaire du nourrisson afin d'obtenir plus d'information et de visualiser une vidéo explicative. Mieux informés, les parents pourront poser des questions et participer activement au processus de transition vers les PSS.

Utiliser un lit à barreaux (si disponible)

Si possible, l'infirmière couchera le bébé dans un lit à barreaux afin de normaliser l'environnement de sommeil pour les parents et le bébé. Ce nouvel environnement ne doit pas contenir de peluches, d'éléments de décoration, de couches de rechange ou quelque autre objet.

Communiquer l'information à l'équipe

L'infirmière apposera une affiche sur le lit du bébé afin d'informer l'équipe du début de la transition vers les PSS et le notera dans le dossier.

Les parents sont aujourd'hui davantage sensibilisés au fait que les nourrissons doivent être positionnés sur le dos pour dormir.

Favoriser une transition graduelle

Il est important de procéder aux différentes étapes de la transition de façon graduelle et d'attendre environ 48 heures entre chacune d'elles, afin de permettre au bébé de s'habituer (Martel et Milette, 2017). La présence des parents prend tout son sens au cours des différentes étapes présentées ci-dessous, car ils sont les principaux collaborateurs de soins.

ÉTAPES DES PSS

Étape 1

Retirer les outils de positionnement et les rouleaux de couvertures. Cesser d'emmailloter le bébé pendant les périodes de sommeil. Une dérogation à cette étape serait la conséquence d'une demande spécifique d'une physiothérapeute ou d'un médecin de l'UNN. En effet, dans certains cas et pour des raisons médicales, les outils de positionnement sont utilisés durant les périodes d'éveil du bébé. En cas de transition trop difficile, il est possible de garder un petit rouleau de couverture pour

aller plus graduellement. En tout temps, les comportements et les besoins du bébé doivent guider les changements cliniques.

Étape 2

Retirer du lit toutes les couvertures, car le bébé pourrait, juste par ses mouvements, se recouvrir totalement la tête et provoquer un excès de chaleur menant à une suffocation (Mitchell et al., 2008). Il sera davantage en sécurité en portant un vêtement de nuit ajusté et constitué d'une seule pièce afin de ne pas avoir trop chaud à la température ambiante. Pour plus d'information, les parents peuvent consulter la page sur la **sécurité des vêtements de nuit pour enfants** sur le site Web du Gouvernement du Canada (2014). La grenouillère, ou dormeuse, est un exemple de vêtement adéquat qui remplace la couverture pour le sommeil du bébé (voir photo). Le fait d'avoir trop chaud est un facteur de risque du SMSN (Ponsonby et al., 1992). Si une couverture est malgré tout nécessaire, il faut la choisir mince, légère et perméable à l'air.



© Gracieuseté du CHU Sainte-Justine

PRATIQUE CLINIQUE

GRENOUILLÈRE OU DORMEUSE

Exemple de vêtement adéquat qui remplace la couverture pour le sommeil du bébé.

PRÊT
POUR TON
NOUVEAU DÉFI?



MON+ VOUS OFFRE

- Grande diversité de mandats auprès des Premières Nations, Inuits et centres hospitaliers
- Flexibilité d'horaire selon vos disponibilités
- Formation en rôle élargi pour les régions éloignées
- Rémunération très avantageuse
- Structure de formation continue
- Programme de remboursement des frais de formation

MON+ RECHERCHE

- Initiative
- Autonomie
- Capacité d'adaptation
- 2-3 ans d'expérience en centre hospitalier (urgence, soins intensifs, obstétrique, médecine-chirurgie et autres)
- DEC en soins infirmiers ou BAC en sciences infirmières
- Membre de l'OIIQ

T 877 333-7439

mon@multioptionsnursing.com

www.multioptionsnursing.com



PRATIQUES DE SOMMEIL SÉCURITAIRE

3 questions fréquemment posées par les parents

QUESTIONS

RÉPONSES

Pourquoi ne puis-je pas faire dormir mon bébé sur le ventre ou sur le côté?

Les positions de sommeil sur le ventre et le côté sont associées à un risque accru de SMSN. La position sur le dos est donc recommandée pour la nuit et les siestes. Cette consigne s'applique en tout temps peu importe où le bébé dort : à la maison, à la garderie, en voyage, en visite chez les grands-parents, etc. Il est important de le rappeler aux membres de la famille, aux amis et aux gardiens. Nombre de personnes croient toujours que la position sur le ventre est indiquée pour éviter à l'enfant de s'étouffer en cas de régurgitations. Or, c'est plutôt sur le ventre que ce risque pour l'enfant existe, car le lait régurgité peut suivre la gravité et emprunter le chemin de la trachée.

Dois-je bannir la position ventrale?

Pour comprendre l'importance de varier les positions du bébé pendant les périodes d'éveil, il suffit de prêter attention à tous les moments où il est couché sur le dos pour dormir ou installé dans une position induisant une pression sur l'arrière de sa tête (dans le siège d'auto, sur le tapis d'amusement, dans la petite balançoire, etc.). Donc, il est recommandé de placer le bébé éveillé sur le ventre deux ou trois fois par jour sous la surveillance d'un adulte dès les premières semaines suivant sa naissance, même s'il ne tient pas encore sa tête parfaitement. Ensuite, ces périodes sont de plus en plus longues (une minute de plus chaque fois, par exemple) afin de l'aider à renforcer les muscles et à améliorer le maintien de sa tête. Grâce à cette position, le bébé franchira des étapes importantes de son développement comme se tourner de lui-même sur le dos ou sur le ventre. La position ventrale permet aussi d'éviter la plagiocéphalie (déformation de la tête, ou « tête plate »).

Qu'est-ce qui est sécuritaire pour le sommeil de mon bébé?

Le bébé doit dormir sur une surface adaptée pour lui, c'est-à-dire un matelas ferme recouvert d'un drap contour et placé dans un lit respectant les normes de sécurité émises par le Gouvernement du Canada. Parfois, il est tentant d'ajouter des articles de literie décoratifs comme des oreillers, une douillette, un édredon ou des bordures de protection. Ceux-ci sont à bannir, car ils augmentent le risque de suffocation. Les autres types de lits (lit d'adulte, lit d'eau, lit destiné aux enfants plus vieux, etc.), ainsi que les canapés ou fauteuils de toutes sortes sont aussi des sources de danger pour le bébé. Il faut éviter les accessoires de positionnement servant à maintenir le bébé dans sa position de sommeil. Il peut lui arriver de faire sa sieste ailleurs que dans son lit, notamment dans la poussette, le landau, la balançoire pour enfant, le siège d'auto, le siège vibrant, etc. Or, ces équipements ne sont pas conçus pour y laisser dormir un bébé, car, en position assise, sa tête peut tomber vers l'avant et gêner sa respiration.

La version en ligne de cet article propose les réponses à cinq autres questions posées fréquemment par les parents à propos du sommeil sécuritaire de leur nouveau-né. Découvrez-les à oiq.org



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

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

Apprentissage progressif au travail en rôle élargi

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

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

Étape 3

Commencer par cesser la position ventrale pendant les périodes de sommeil. Les positions dorsale et latérale (droite et gauche) sont maintenues afin d'obtenir une transition en douceur. Cependant, cette étape peut se dérouler autrement. En effet, chez certains bébés, pour qui la position ventrale procure une meilleure organisation, il est possible de cesser la position latérale en premier. Cette méthode clinique étant flexible, il est important d'observer les comportements du bébé et de lui donner des soins individualisés.

Étape 4

Si le bébé tolère bien les changements précédents, continuer la transition en cessant la position latérale pendant les périodes de sommeil.

La transition vers les PSS peut s'étendre sur environ une semaine, ou même plus. Au début, le bébé n'appréciera peut-être pas ces changements, car il aura sans doute pris des habitudes de sommeil. Le recours à des stratégies, comme les méthodes de retour au calme, le massage et la méthode kangourou (peau-à-peau), l'aideront à s'apaiser doucement avant de s'endormir.

CONCLUSION

À la lumière de ces recommandations, les infirmières doivent effectuer une transition précoce vers le sommeil sur le dos avant la sortie de tout bébé hospitalisé à l'UNN après sa naissance. Leur responsabilité est aussi d'enseigner aux parents les PSS à appliquer à la maison. Les bébés en pouponnière ou en post-partum devraient être positionnés selon ces recommandations dès leurs premières heures de vie, sauf s'ils sont en peau-à-peau avec leurs parents (Gouvernement du Canada, 2018; Moon, 2011, 2016). Comme vu précédemment, le port d'un vêtement de nuit sécuritaire est fortement recommandé. Ne pas emmailloter le bébé ou ne pas l'enrouler dans une couverture donne un bon exemple aux parents. ●



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

LES AUTEURES

AUDREY LARONE JUNEAU
Inf., M. Sc.

Cadre-conseil en sciences infirmières au
CHU Sainte-Justine

CAROLINE LEMAY
Inf., M. Sc.

Infirmière clinicienne, Centre
parents-enfant, Centre hospitalier
affilié universitaire régional
(CHAUR) du CIUSSS de la
Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

ISABELLE MILETTE
IPSNN

Infirmière praticienne spécialisée en
néonatalogie et experte en soins du
développement. Membre clinicienne du
Réseau de recherche en interventions en
sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

MARIE-JOSÉE MARTEL
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des
sciences infirmières de l'Université
du Québec à Trois-Rivières (UQTR).
Chercheuse au Centre d'études
interdisciplinaires sur le développement
de l'enfant et de la famille de l'UQTR.
Chercheuse associée au Centre de
recherche du CHU Sainte-Justine.
Membre chercheuse du RRISIQ.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada - Édition 2008*. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rscc/pdf/cphr-rscc08-eng.pdf>

Agence de la santé publique du Canada (2011). *L'Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire - Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada/Société canadienne de pédiatrie/Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile/Institut canadien de la santé infantile/Santé Canada. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/pdf/jsss-ecss2011-fra.pdf

Blair, P. et Fleming, P. (2002). Epidemiological investigation of Sudden Infant Death Syndrome infants - Recommendations for future studies. *Child: Care, Health and Development*, 28(Suppl 1), 49-54. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2214.2002.00014.x>

Blair, P. S., Sidebotham, P., Berry, P. J., Evans, M. et Fleming, P. J. (2006). Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: A 20-year population-based study in the UK. *Lancet*, 367(9507), 314-319. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)67968-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)67968-3)

Gelfer, P., Cameron, R., Masters, K. et Kennedy, K. A. (2013). Integrating "Back to Sleep" recommendations into neonatal ICU practice. *Pediatrics*, 131(4), e1264-e1270. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1857>

Gouvernement du Canada. (2018). *Sommeil sécuritaire*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/etapes-enfance-petite-enfance-naissance-deux-ans/sommeil-securitaire.html>

Gouvernement du Canada. (2014). *Sécurité des vêtements de nuit pour enfants*. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sommeil-securitaire/vetements-nuit-pour-enfants.html>

Hauck, F. R., Omojokun, O. O. et Siadaty, M. S. (2005). Do pacifiers reduce the risk of Sudden Infant Death Syndrome? A meta-analysis. *Pediatrics*, 116(5), e716-e723. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2631>

Li, D. K., Willinger, M., Petitti, D. B., Odouli, R., Liu, L. et Hoffman, H. J. (2006). Use of a dummy (pacifier) during sleep and risk of sudden infant death syndrome (SIDS): Population based case-control study. *British Medical Journal*, 332(7532), 18-22. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.38671.640475.55>

Martel, M.-J. et Milette, I. (2017). Être parent à l'unité néonatale : tisser des liens pour la vie. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Mitchell, E. A., Thompson, J. M., Becraft, D. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Happe, A., ... Vennemann, M. M. (2008). Head covering and the risk for SIDS: Findings from the New Zealand and German SIDS case-control studies. *Pediatrics*, 121(6), e1478-e1483. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-2749>

Moon, R. Y. (2011). Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 128(5), e1341-e1367.

Moon, R. Y. (2016). SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*, 138(5). Repéré à <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-2940>

O'Connor, N. R., Tanabe, K. O., Siadaty, M. S. et Hauck, F. R. (2009). Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163(4), 378-382. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2008.578>

Ponsonby, A. L., Dwyer, T., Gibbons, L. E., Cochran, J. A., Jones, M. E. et McCall, M. J. (1992). Thermal environment and sudden infant death syndrome: Case-control study. *British Medical Journal*, 304(6822), 277-282.

Rao, H., May, C., Hannam, S., Rafferty, G. F. et Greenough, A. (2007). Survey of sleeping position recommendations for prematurely born infants on neonatal intensive care unit discharge. *European Journal of Pediatrics*, 166(8), 809-811. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-006-0325-7>

Rusen, I. D., Liu, S., Sauve, R., Joseph, K. S. et Kramer, M. S. (2004). Sudden infant death syndrome in Canada: Trends in rates and risk factors, 1985-1998. *Chronic Diseases in Canada*, 25(1), 1-6.

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation en soins des pieds

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

Formation pour débutants

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

Formations avancées en soins des pieds

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

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISPO

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

Prochains cours :

- INTENSIF**
1er octobre 2018
- ACCÉLÉRÉ**
4 septembre 2018
- HEBDOMADAIRE**
6 septembre 2018



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

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



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



WWW.SURPIED.COM

INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197



Évaluation de l'aptitude à conduire des personnes âgées

Le vieillissement de la population entraînera une augmentation du nombre d'aînés qui conduiront. Or, il provoque aussi des modifications et la détérioration de certaines fonctions essentielles à la conduite automobile. Autorisées légalement à évaluer l'aptitude à la conduite, les infirmières œuvrant auprès d'aînés souvent en perte d'autonomie sont au premier plan pour détecter les personnes âgées à risque. Cet article vise à aider les infirmières à comprendre leur rôle dans ce type d'évaluation et en résume les principales étapes.

par CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D. (c.), PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D. et SUZANNE BOUCHARD, Ph. D.

Entre 1950 et 2010, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus au Québec est passé de 5,7 % à 15,3 %. Selon Azeredo et Payer (2015), cette proportion s'élèvera à 25 % en 2030.

Le vieillissement de la population sera aussi accompagné d'une augmentation du nombre d'aînés sur les routes du Québec. En 2030, ils représenteront plus de 25 % de tous les conducteurs, contre 18 % en 2014 (Société de l'assurance automobile du Québec, 2017). Leur taux d'accidents avec dommages corporels est inférieur à celui de l'ensemble des conducteurs, mais leur taux d'accidents par kilomètre parcouru est plus élevé (Wiese et Wolff, 2016). Par conséquent, ils sont plus susceptibles de subir des blessures mortelles lors d'un accident (Singletary et al., 2017).

Le *Code de la sécurité routière* reconnaît à des professionnels de la santé, dont l'infirmière, la possibilité de divulguer à la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) l'inaptitude à conduire d'un client (art. 603). Toutefois, auparavant, l'infirmière procédera à une évaluation pertinente de la condition de santé du patient, s'assurera de sa compréhension et discutera, s'il y a lieu, des risques associés à la conduite automobile compte tenu de sa condition physique ou mentale (OIIQ, 2011).

L'infirmière doit chercher à obtenir son consentement en vue de la divulgation d'informations à la SAAQ. Il est aussi opportun de travailler en concertation avec les autres professionnels impliqués dans les soins du client.

Du fait de leur activité réservée portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, les infirmières ont donc un rôle majeur à jouer dans l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile des aînés.

La conduite automobile est une activité de la vie domestique (AVD) nécessitant le traitement simultané d'informations visuelles, auditives et tactiles dans un environnement dynamique et complexe qui impose de nombreuses exigences cognitives, notamment la mémoire, l'attention, la fonction exécutive, les compétences visuospatiales et la

coordination psychomotrice (Bennett, Chekaluk et Batchelor, 2016). L'âge ne constitue pas, en soi, un facteur de risque accru d'accidents (Turcotte, 2012). En revanche, l'avancement en âge est associé à une augmentation de conditions médicales pouvant affecter l'aptitude à conduire (Dickerson, Meuel, Ridenour et Cooper, 2014; Wiese et Wolff, 2016). La présence de certaines maladies serait aussi susceptible de faire augmenter les risques d'accident; ces pathologies s'ajoutent au fait que des fonctions comme la vision, l'audition, les capacités cognitives et la mobilité peuvent aussi se détériorer avec l'âge, alors qu'elles constituent des éléments essentiels à une conduite sécuritaire (Turcotte, 2012). En 2030, plus de 60 % des conducteurs âgés seront atteints d'au moins une condition médicale susceptible d'affecter l'aptitude à conduire (SAAQ, 2016).

En raison de changements liés au vieillissement et à certaines pathologies, des conducteurs âgés vont souvent d'eux-mêmes décider de moins utiliser leur voiture (Molnar et al., 2013). Par exemple, ils ne conduiront pas dans des conditions météorologiques difficiles ou éviteront les routes trop fréquentées. Molnar et ses collaborateurs ont cependant démontré que ce phénomène d'adaptation ne suffit pas à réduire le risque d'accident. Les limitations de conduite volontaires de l'aîné constitueraient plutôt le premier indice de la présence possible d'un déficit (SAAQ, 2016). D'ailleurs, il est démontré que, dans 95 % des accidents impliquant des conducteurs âgés, ces derniers parcouraient moins de 3 000 kilomètres par année avec leur voiture (SAAQ, 2016). Les limitations que s'impose l'aîné devraient donc susciter un doute chez l'infirmière quant à la capacité de ce dernier de conduire de façon sécuritaire.

Il est essentiel que les infirmières s'intéressent à l'aptitude à conduire des aînés d'abord pour des raisons de sécurité, mais aussi parce que la conduite contribue à leur qualité de vie. La capacité de conduire sa voiture est associée à un mode de vie actif (Turcotte, 2012). Les aînés qui conduisent sont plus susceptibles de participer à des activités que ceux utilisant d'autres moyens de transport. La

Tableau 1
ÉVALUATION DE L'APTITUDE À LA CONDUITE AUTOMOBILE EN MILIEU CLINIQUE

ENTREVUE CLINIQUE	
Paramètres d'évaluation	Évaluation à considérer
Habitudes de conduite	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'accidents • Antécédents de constats d'infraction • À quel moment l'ainé conduit-il? • Dommages inexplicables sur le véhicule • Autorestriction au niveau de sa conduite (p. ex: ne conduit plus lors de grand achalandage routier)
Présence de facteurs de risques	<ul style="list-style-type: none"> • Apnée du sommeil • Dépression • Antécédent de chute dans la dernière année • Troubles cognitifs légers • Problématique d'adhésion aux traitements • Nouvelles conditions médicales affectant la vision de l'ainé
Vérification de la liste des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de médicaments ou d'effets secondaires pouvant affecter l'aptitude de l'ainé : benzodiazépines, hypnotiques, antidépresseurs, opioïdes, anticonvulsivants.
Signalement d'un proche	<ul style="list-style-type: none"> • Craintes, inquiétudes • Ne veut pas embarquer en voiture avec l'ainé lorsqu'il est le conducteur
Autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à accomplir de multiples AVD (p. ex: faire l'épicerie, gérer son budget, répondre au téléphone, faire la cuisine) ou une seule AVQ (s'habiller, faire sa toilette)
EXAMEN CLINIQUE	
Vision centrale	Échelle de Rosenbaum : un résultat de 20/20 ou 20/30 est normal. L'ainé est à risque à partir d'un résultat de 20/40.
Vision périphérique	L'ainé est à risque lorsque sa vision périphérique se situe à 140° ou moins.
Cognition	Trail Making Test : résultat anormal lorsque l'ainé réalise le test en ≥ 3 minutes ou s'il fait ≥ 3 erreurs.
Mobilité	<p>Flexibilité de tronc et du cou</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'ainé doit être en mesure, en position debout, de regarder vers l'arrière sans bouger ses pieds. • L'ainé doit être en mesure d'aller porter chaque main en arrière de l'épaule opposée. • L'ainé doit être en mesure de toucher son épaule droite et gauche avec son menton, sans que l'épaule ne bouge <p>Capacité motrice et vitesse de déplacement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de la marche rapide : un résultat de > 9 secondes est anormal. <p>Coordination des membres inférieurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test talon-tibia

Source : Voyer, 2017.

conduite automobile est souvent synonyme de liberté, d'autonomie et d'indépendance pour les personnes âgées (Carter et al., 2015; MSSS, 2009). Par ailleurs, selon de nombreuses études, le retrait du permis de conduire occasionne une perte d'autonomie, de mobilité et de liberté, un isolement social accru, une diminution des activités, l'augmentation des symptômes dépressifs et une détérioration accélérée de l'état général de la personne (American Geriatrics Society et Pomidor, 2016; Molnar et al., 2013; Rapoport, Cameron, Sanford et Naglie, 2017). Enfin, l'arrêt de la conduite automobile de la personne âgée peut créer des problèmes logistiques particuliers pour les familles (Piersma et al., 2016). Ces données probantes soulèvent la difficulté majeure de procéder à une évaluation adéquate et standardisée de l'aptitude à conduire de la personne âgée.

LE TEST SUR ROUTE

Les aînés jugés à risque sont adressés promptement à la SAAQ pour un test sur route. Il est considéré comme la meilleure évaluation de l'aptitude à conduire en raison de sa validité et de son aspect concret, puisque l'évaluateur observe directement l'AVD dans le monde réel (Dickerson et al., 2014).

Cependant, effectuer un test sur route est anxiogène pour les aînés, ce qui peut affecter négativement leur performance (Frittelli et al., 2009; Leung, Deane, Taylor et Bliokas, 2009; Liddle et al., 2013). Avant de procéder à une évaluation sur route, il est donc important de distinguer les conducteurs aptes à conduire de ceux dont le comportement les expose à un risque ou de ceux pour qui le test sur route est indispensable (Dickerson et al., 2014).

Il est donc essentiel qu'une évaluation en milieu clinique soit faite au préalable, afin de repérer les aînés à risque et de diriger vers la SAAQ ceux nécessitant vraiment un test sur route. Cette démarche évite de soumettre de manière inutile certains aînés à un stress accru. Il a été démontré qu'une évaluation combinant une entrevue clinique, des examens diagnostiques et un test sur route obtient une meilleure valeur prédictive pour évaluer l'aptitude à la conduite que le test sur

route seul (97,4 % contre 85,6 %) (Piersma et al., 2016). Ces résultats confirment donc l'importance de procéder à une évaluation complète et exhaustive en milieu clinique avant de diriger, au besoin, les aînés à risque vers la SAAQ.

ASPECTS LÉGAUX

Les professionnels de la santé autorisés légalement à effectuer l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile sont les médecins, les infirmières, les ergothérapeutes, les psychologues et les optométristes (*Code de la sécurité routière*, 2016). Pour sa part, la SAAQ a pour mandat de suspendre ou retirer le permis de conduire de l'ainé si un rapport défavorable a été rendu par les professionnels de la santé. Or, la SAAQ « n'a que rarement un contact direct avec le conducteur [ayant] une condition médicale pouvant affecter son aptitude à conduire » (SAAQ, 2016). C'est pourquoi les informations fournies par les professionnels de la santé concernant les conditions médicales et les médicaments utilisés par le conducteur doivent être justes et précises.

L'OIIQ s'est prononcé sur le sujet à quelques reprises au cours des dernières années et a sensibilisé ses membres aux conséquences de la diminution des capacités physiques ou cognitives d'une personne âgée sur son aptitude à conduire. L'OIIQ rappelle que « les infirmières travaillant auprès des aînés sont souvent aux premières loges pour détecter une personne à risque. Elles ont donc l'occasion de jouer un rôle de premier plan en matière d'éducation et de conscientisation auprès de cette clientèle » (OIIQ, 2017).

Wiese et Wolff (2016) étaient d'ailleurs parvenus aux mêmes conclusions, soutenant que les infirmières travaillant en milieu de soins auprès des personnes âgées détiennent les compétences pour intervenir auprès des patients à risque en matière de conduite automobile sécuritaire. La première activité réservée portant sur l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique confirme qu'une telle évaluation relève du champ d'exercice de l'infirmière (OIIQ, 2016).

ÉVALUATION

Des études menées au cours des dernières années ont tenté de déterminer les examens les plus prédictifs pour évaluer la conduite automobile. Or, en raison de la complexité de cette activité, un seul examen ne peut prédire à lui seul l'aptitude à conduire (Bennett et al., 2016; Dickerson et al., 2014; Lincoln, Radford, Lee et Reay, 2006). Il n'existe actuellement aucun modèle d'évaluation adapté à la réalité des milieux cliniques et à celle des infirmières. Cependant, la recherche a mis en lumière des facteurs récurrents démontrant leur lien avec l'inaptitude à la conduite automobile.

L'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile chez l'ainé en milieu clinique s'effectue à l'aide d'une entrevue, d'un examen physique et de diverses évaluations.

Entrevue clinique

Souvent inquiet à l'idée de perdre son permis de conduire, l'ainé peut se sentir menacé par une évaluation portant sur son aptitude à conduire sa voiture. L'entrevue constitue donc un bon moyen d'entreprendre l'évaluation, car elle permet de créer un lien de confiance avec la personne et de diminuer le climat de tension parfois présent. Piersma et al. ont établi à 79,6 % la valeur prédictive de l'entrevue clinique pour évaluer l'aptitude à conduire des aînés (2016). L'importance de cette étape ne devrait donc pas être sous-estimée.

Lors de l'entrevue clinique, l'infirmière s'informera en premier lieu des habitudes de conduite de la personne âgée en posant notamment les questions suivantes :

Où va-t-elle avec sa voiture?

Conduit-elle le soir?

S'est-elle imposé des restrictions à sa conduite?

A-t-elle des antécédents d'accidents ou de contraventions au cours des deux dernières années?

A-t-elle des antécédents de chute dans la dernière année?

De plus, il est pertinent de demander à la personne si elle est autonome dans ses activités de la vie quotidienne ou domestique et, le cas échéant, de noter dans laquelle elle a besoin d'aide. Des diagnostics comme la dépression ou l'apnée du sommeil doivent aussi retenir l'attention. Il est important de vérifier la liste des médicaments du patient, certains étant associés à un risque plus élevé d'accidents, comme les benzodiazépines, les hypnotiques et les antidépresseurs. Il est également pertinent de valider auprès de la personne la gestion de sa médication. Un problème de non-adhésion au traitement peut indiquer un risque pour la conduite automobile. En présence d'un proche au moment de l'entrevue, celui-ci peut se prononcer à ce sujet. Le signalement des proches quant à leur doute sur l'aptitude à conduire du patient est souvent un signe prédictif valide. Si la situation le permet, il est préférable d'interroger le proche seul afin d'éviter toute source de conflit avec le patient. Enfin, il est important de savoir que de nombreuses informations peuvent être recueillies dans le dossier médical de l'ainé. Tous ces éléments sont prédictifs d'un risque de conduite automobile non sécuritaire.

Examen physique

Une fois l'entrevue clinique terminée, des examens de la vue, de la mobilité et de la flexibilité ainsi que des fonctions cognitives doivent être effectués.

Vision

En premier lieu, il faut examiner la vision de l'ainé. La vision centrale est évaluée à l'aide de l'échelle de Rosenbaum et la vision périphérique, à l'aide du test du champ visuel.

Mobilité et flexibilité

La flexibilité du tronc et du cou est évaluée à l'aide de trois tests rapides, expliqués dans le **tableau 1**, la coordination des membres inférieurs, à l'aide du test du talon-tibia, et les capacités motrices et la vitesse de déplacement sont évaluées par le test de la marche rapide.

Cognition

Les fonctions cognitives sont évaluées à l'aide du *Trail Making Test* (TMT). Les parties A et B sont effectuées, mais seul le résultat de la partie B sera retenu pour l'évaluation de la conduite. Un temps d'exécution de plus de 180 secondes indique qu'un test sur route serait approprié (Roy et Molnar, 2013). Toutefois, si un diagnostic de troubles neurocognitifs majeurs est inscrit au dossier du patient et que le résultat du Mini-examen de l'état mental du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (MEEM-CEVQ) est inférieur à 24 ou que celui du Montreal Cognitive Assessment (MoCA) est inférieur à 18, il est inutile de procéder au TMT, ces résultats étant de solides indicateurs de l'inaptitude à conduire.

L'ensemble des éléments constituant la collecte de données ainsi que la liste des examens à administrer lors de l'évaluation de l'aptitude à la conduite automobile se trouvent dans un document de référence (Voyer, 2017). De plus, l'OIIQ propose une formation en ligne intitulée « Conduite automobile sécuritaire : reconnaître la clientèle à risque ».

Aux examens mentionnés ci-dessus, l'infirmière peut ajouter un examen physique cardiorespiratoire si le patient est, par exemple, connu pour des antécédents cardiaques ou respiratoires et qu'elle veut éliminer toute affection susceptible d'influer sur la capacité de conduire de son patient. L'examen clinique cardiaque d'un conducteur porteur d'une maladie cardiovasculaire évaluera le risque d'événement subit au volant, comme des symptômes invalidants ou une syncope (SAAQ, 2016). Dans le même sens, « certaines maladies respiratoires chroniques peuvent constituer un risque à la sécurité routière lorsqu'elles sont suffisamment sévères pour causer de l'hypoxémie ou de l'hypercapnie, ou lorsqu'elles entraînent des limitations fonctionnelles importantes » (SAAQ, 2016).

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre santé

Postulez dès maintenant
santelaurentides.gouv.qc.ca

Recherchons

pour l'ensemble des villes desservies
par le CISSS des Laurentides

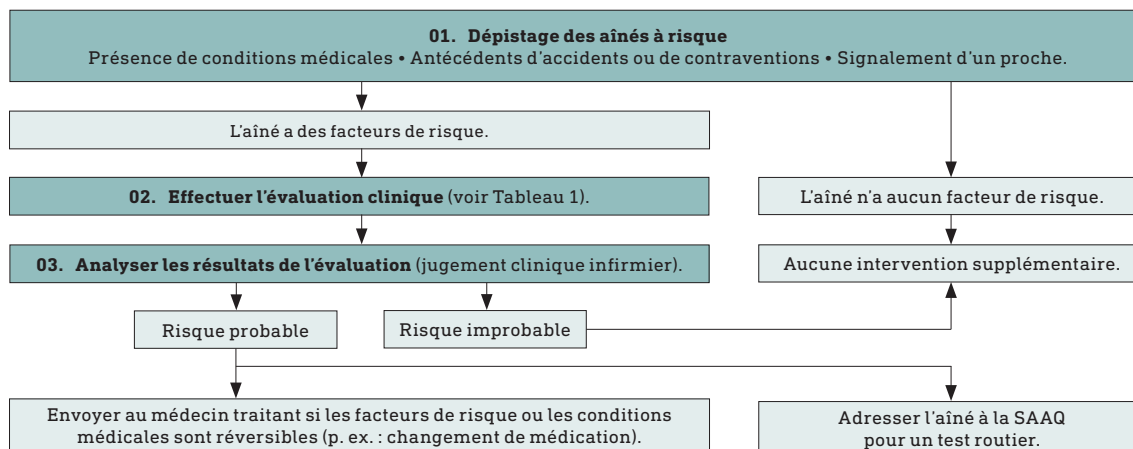
- Externe en soins infirmiers
- Candidat(e) à l'exercice de la profession d'infirmier(ère)
- Infirmier(ère)
- Infirmier(ère) clinicien(ne)
- Candidat(e) infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)
- Infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e)

PLUS DE 80 INSTALLATIONS
EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

Figure 1

ALGORITHME DÉCISIONNEL POUR GUIDER LE DÉPISTAGE ET L'ÉVALUATION DE L'APTITUDE À LA CONDUITE



Sources : American Geriatrics Society et Pomidor, 2016; Azeredo et Payeur, 2015.

Constat d'évaluation

Grâce à l'ensemble des résultats de son évaluation et des examens énumérés ci-dessus, l'infirmière établira un constat sur l'aptitude à conduire de l'aîné. Cependant, elle n'a pas l'obligation de procéder à tous ces examens. La démarche recommandée consiste plutôt à en mener des différents jusqu'à la confirmation de son jugement clinique. À la suite de son évaluation, l'infirmière jugera du niveau de risque de l'aîné en matière de conduite et elle décidera, le cas échéant, d'adresser ce dernier à la SAAQ pour un test sur route.

L'infirmière informera l'aîné de ses observations en présentant les résultats des tests de façon objective. Puis, elle lui fera part de son constat et des déficiences présentes. L'aîné peut choisir d'être accompagné à cette occasion. L'infirmière devra envoyer à la SAAQ un rapport d'évaluation contenant ses conclusions. Le patient doit être informé que l'infirmière acheminera à la SAAQ un formulaire avec les résultats des différents examens subis. Le formulaire M-28, *Déclaration d'inaptitude à conduire un véhicule routier*, est réservé à cet effet. Il est important d'expliquer à l'aîné que la décision de retirer ou non le permis de conduire revient entièrement à la SAAQ. Comme dit précédemment, il est préférable d'avoir obtenu le consentement de l'aîné quant à la divulgation des informations de l'évaluation à la SAAQ. En revanche, avec ou sans ce consentement, le professionnel de la santé autorisé suspectant l'inaptitude à la conduite automobile chez son patient doit en informer la SAAQ (*Code de la sécurité routière*, art. 603). Le professionnel possède l'immunité contre tout recours contre lui advenant une divulgation (*Code de la sécurité routière*, art. 605).

En général, un délai survient entre l'évaluation clinique de l'aptitude à la conduite par l'infirmière et le test sur route sous la responsabilité de la SAAQ. Par conséquent, l'infirmière doit faire ses recommandations à l'aîné sur les restrictions qu'il devrait respecter pour sa sécurité et celle d'autrui. Par exemple, s'il prend au souper une médication susceptible d'affecter la conduite, l'infirmière lui recommandera d'éviter de conduire le soir.

Synonyme d'une atteinte à son autonomie et à sa liberté, l'annonce du constat par l'infirmière est souvent anxiogène pour le patient. L'infirmière doit prendre le temps de lui proposer de possibles solutions si le privilège de conduire lui était retiré. Ainsi, elle peut lui demander si des proches peuvent l'aider à faire ses courses, aborder la possibilité d'utiliser les transports en commun, lui mentionner de faire appel à des ressources communautaires de son milieu, etc. Une liste des ressources peut aussi être remise au patient. Dans toutes les situations complexes, l'infirmière ne doit pas hésiter à discuter avec le médecin traitant et d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

CONCLUSION

En raison de son vaste champ d'exercice et de ses activités réservées, notamment l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne symptomatique, l'infirmière occupe une position privilégiée auprès des aînés. Elle peut ainsi repérer ceux qui représentent un risque au volant d'un véhicule et en informer la SAAQ. Elle est à la fois autorisée légalement et habilitée à procéder à l'ensemble des examens visant à évaluer l'aptitude à la conduite automobile des personnes âgées.

Peu d'études sur l'évaluation par l'infirmière de cette aptitude ont été réalisées au Québec. De nouvelles recherches seront donc nécessaires pour fournir davantage de données probantes sur le rôle infirmier dans ce type d'évaluation. ●



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

1^{er} rang dans les appels d'offres de Lanaudière, Montréal et Laval / Rang prioritaire dans les appels d'offres des Laurentides, de la Montérégie, de l'Outaouais et de la Baie James.

HORAIRE ADAPTÉ SELON VOS DISPONIBILITÉS

Téléphone : 514 369-2424, poste 225 ou 223

Télécopieur : 514 369-1849

Courriel : info@soinsintermediaire.com

www.soinsintermediaire.com



LES AUTEURS

CAMILLE SAVOIE
Inf., Ph. D. (c.)

Infirmière clinicienne à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive de l'Hôpital du Saint-Sacrement, CIUSSS de la Capitale-Nationale. Étudiante au doctorat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

PHILIPPE VOYER
Inf., Ph. D.

Directeur du programme de premier cycle et professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

SUZANNE BOUCHARD
Ph. D.

Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Dans le site Web de l'OIIQ Formation

Conduite automobile sécuritaire : reconnaître la clientèle à risque (2,5-ACFA).
Repéré à <https://www.oiiq.org/fr/formation/detail?trainingId=FOL1005-2>

RÉFÉRENCES

American Geriatrics Society et Pomidor, A. (2016). *Clinician's guide to assessing and counseling older drivers* (3^e éd.). (Report No. DOT HS 812 228). Washington, DC : National Highway Traffic Safety Administration.

Azeredo, A. C. et Payeur, F. F. (2015). Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE. *Données sociodémographiques en bref*, 19(3). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol19-no3.pdf>

Bennett, J. M., Chekaluk, E. et Batchelor, J. (2016). Cognitive tests and determining fitness to drive in dementia: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(9), 1904-1917. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.1418>

Carter, K., Monaghan, S., O'Brien, J., Teodorczuk, A., Mosimann, U. et Taylor, J. P. (2015). Driving and dementia: A clinical decision pathway. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 210-216. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4132>

Code de la sécurité routière, chap. C-24.2. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-24.2>

Dickerson, A. E., Meuel, D. B., Ridenour, C. D. et Cooper, K. (2014). Assessment tools predicting fitness to drive in older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(6), 670-680. Repéré à <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.011833>

Frittelli, C., Borghetti, D., Iudice, G., Bonanni, E., Maestri, M., Tognoni, G., ... Iudice, A. (2009). Effects of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment on driving ability: A controlled clinical study by simulated driving test. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 232-238. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2095>

Leung, J., Deane, F. P., Taylor, J. E. et Bliokas, V. V. (2009). Anxiety in driving assessment of individuals with cognitive impairment. *Disability and Rehabilitation*, 31(20), 1700-1708. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1080/09638280902738581>

Liddle, J., Bennett, S., Allen, S., Lie, D. C., Standen, B. et Pachana, N. A. (2013). The stages of driving cessation for people with dementia: Needs and challenges. *International Psychogeriatrics*, 25(12), 2033-2046. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1017/s1041610213001464>

Lincoln, N. B., Radford, K. A., Lee, E. et Reay, A. C. (2006). The assessment of fitness to drive in people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), 1044-1051.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées - Une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-829-01W.pdf>

Molnar, L. J., Charlton, J. L., Eby, D. W., Bogard, S. E., Langford, J., Koppel, S., ... Man-Son-Hing, M. (2013). Self-regulation of driving by older adults: Comparison of self-report and objective driving data. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 20, 29-38. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.trf.2013.05.001>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011). *Chronique déontologique. Sécurité routière - Divulgence de l'incapacité à conduire d'un client*. Repéré à <https://www.oiiq.org/securite-routiere-divulgence-de-l-incapacite-a-conduire-d-un-client>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.). Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017). *Actualité. Signalement des cas d'inaptitude à la conduite automobile : une responsabilité partagée*. Repéré à <https://www.oiiq.org/signalement-des-cas-d-inaptitude-a-la-conduite-automobile-une-responsabilite-partagee?inheritRedirect=true>

Piersma, D., Fuernmaier, A. B., de Waard, D., Davidse, R. J., de Groot, J., Doumen, M. J., ... Tucha, O. (2016). Prediction of fitness to drive in patients with Alzheimer's dementia. *PLoS One*, 11(2), e0149566. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0149566>

Rapport, M. J., Cameron, D. H., Sanford, S. et Naglie, G. (2017). A systematic review of intervention approaches for driving cessation in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 484-491. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4681>

Roy, M. et Molnar, F. (2013). Systematic review of the evidence for Trails B cut-off scores in assessing fitness-to-drive. *Canadian Geriatrics Journal*, 16(3), 120-142. Repéré à <http://dx.doi.org/10.5770/cgj.16.76>

Singletary, B. A., Do, A. N., Donnelly, J. P., Huisingsh, C., Mefford, M. T., Modi, R., ... McGwin, G. (2017). Self-reported vs state-recorded motor vehicle collisions among older community dwelling individuals. *Accident Analysis & Prevention*, 101, 22-27. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2017.01.021>

Société de l'assurance automobile du Québec. (2016). *Guide de l'évaluation de l'aptitude à conduire au Québec*. Repéré à https://saaq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/extranet_sante/sante-conducteur/guide_eval_medical.pdf

Société de l'assurance automobile du Québec. (2017). *Conducteurs aînés - Le saviez-vous?* Repéré à <https://saaq.gouv.qc.ca/securite-routiere/clienteles/aines/saviez-vous/>

Turcotte, M. (2012). Profil des habitudes liées au transport chez les aînés. *Tendances sociales canadiennes*, (11-008X). Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-008-x/2012001/article/11619-fra.htm>

Voyer, P. (2017). *Lexamen clinique de l'aîné - Guide d'évaluation et de surveillance clinique* (2^e éd.). Montréal, Qc : Éditions du Renouveau Pédagogique.

Wiese, L. K. et Wolff, L. (2016). Supporting safety in the older adult driver: A public health nursing opportunity. *Public Health Nursing*, 33(5), 460-471. Repéré à <https://doi.org/10.1111/phn.12274>

SOLUMed
agence de placement en soins infirmiers

Nous sommes à la recherche D'INFIRMIERS(ÈRES) pour toutes les régions du Québec.

- ▶ Salaire à la hauteur de vos attentes
- ▶ Une équipe dynamique et personnalisée

CONTACTEZ-NOUS info@agencesolumed.com 450-933-9633 • 1 833-933-9633 450-933-9634

7^e CONGRÈS MONDIAL DU SIDIIEF

PLAIDOYER POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE AVANCÉE ET LA DIFFUSION DES SAVOIRS

© Manuelle Toussaint



Congrès mondial
des infirmières et
infirmiers
francophones

3 au 6 juin 2018
SIDIIEF • BORDEAUX
congres-sidief.org



La profession infirmière
engagée vers l'avenir

**CHERCHER
INNOVER
SOIGNER**

Organisé par  SIDIIEF

Avec la collaboration de  **CHU**
Hospitals de
Bordeaux

Partenaire majeur  **BORDEAUX**

Partenaire  **A.F.I.C.**



Si la pratique infirmière avancée est importante pour l'avenir de la profession, elle est déterminante pour l'avenir des systèmes de santé. Toutefois, il reste des défis à surmonter pour qu'elle se déploie ont constaté les participants au 7^e Congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), tenu à Bordeaux du 3 au 6 juin dernier.

par **LYSE SAVARD**



Provenant de 28 pays, les 1 800 infirmières et infirmiers, experts et gestionnaires se sont ralliés à la prise de position du SIDIIEF soutenant que la pratique infirmière avancée représente une solution aux difficultés d'accès aux soins de santé. Le SIDIIEF s'appuie notamment sur une étude de Diane Morin, professeure à l'Université Laval (SIDIIEF, 2018). Après avoir révisé les écrits des quarante dernières années, celle-ci confirme les effets bénéfiques de la pratique infirmière avancée sur la transformation des soins et le bien-être des patients. Compte tenu de l'abondance de données probantes, elle s'explique mal que les décideurs ne parviennent que difficilement à dépasser les débats politiques dans ce dossier.

« Pour que les dossiers cheminent et pour que les infirmières puissent influencer les prises de décisions, elles doivent acquérir et exercer un leadership politique », insiste Francine Ducharme, doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. « Collectivement, les infirmières représentent une force exceptionnelle au service du mieux-être des populations », affirme Héléne Salette, secrétaire générale du SIDIIEF.

GYSLAINE DESROSIERS
Présidente du conseil
d'administration du SIDIIEF



« Le leadership politique donne la capacité d'influencer, de modifier et de transformer. »

FRANCINE DUCHARME
Doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

« Il faut oser l'engagement, la prise de risque et la prise de parole. »

MICHELINE ULRICH
Présidente du conseil d'administration du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal



HÉLÈNE SALETTE
Secrétaire générale du SIDIIEF

LA PRATIQUE AVANCÉE

Animé par Gyslaine Desrosiers, présidente du conseil d'administration du SIDIIEF, un panel d'experts a commenté l'étude de Diane Morin. Tous croient que la pratique infirmière avancée constitue un levier pour répondre aux défis du domaine de la santé. Les infirmières ayant une formation de niveau master peuvent revoir les pratiques courantes et mettre en place de nouveaux protocoles basés sur les données probantes. Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), détentrices aussi d'une formation de niveau master, peuvent avoir une pratique clinique autonome combinant une pratique infirmière avancée et l'exercice de plusieurs activités médicales.

Fort de l'expérience américaine où une infirmière sur 10 exerce en pratique avancée, Sean Clark, vice-doyen au W. F. Connell School of Nursing à Boston, rappelle que les gouvernements cherchent toujours un équilibre entre des ressources financières limitées et un accès à des soins de qualité pour la population. Plusieurs pays tendent à élargir le rôle des infirmières, comme la Suisse, la Belgique et le Bénin, mais beaucoup reste à faire. En France, le texte d'un décret permettant une véritable pratique avancée fait actuellement l'objet d'un débat, mais les associations infirmières, déçues, ont rejeté le texte. Chez nous, au Québec, les IPS et les infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et contrôle des infections ont une répercussion positive sur la qualité et la sécurité des soins.

En haut
SEAN CLARK
Vice-doyen au W. F. Connell School of Nursing à Boston

Ci-contre
FRANCINE DUCHARME
Doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal



LA FORMATION

Dans un mémoire publié en 2011 et entériné en 2012 par la *Déclaration de Genève*, le SIDIIEF avait exprimé sa position sur la nécessité de la formation universitaire pour mieux répondre à la complexification des soins liée aux changements démographiques, épidémiologiques, scientifiques et technologiques. Six ans plus tard, les experts sont toujours d'accord. « Si nous pouvons parler de pratique infirmière avancée, c'est que nous avons aujourd'hui un socle de compétences qui permet à notre profession d'aller plus loin, dit Diane Morin. Nos soins infirmiers de base doivent être solides. »

Sonia Bélanger, présidente-directrice générale du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, ajoute ceci : « Quand on parle de pratique avancée, plusieurs craignent la hiérarchisation de la profession. » À tort, selon elle, puisqu'elle rappelle que l'infirmière est au cœur de soins humanistes. Les panélistes expriment toutefois un bémol : les équipes interprofessionnelles reconnaissent-elles la valeur ajoutée de la formation universitaire sur la pratique infirmière et les infirmières elles-mêmes reconnaissent-elle cette valeur?

« Il ne faut jamais sous-estimer les compétences des infirmières. Quand on a un bon leadership infirmier, on voit la sécurité des soins s'améliorer. »

MÉLANIE LAVOIE-TREMBLAY
Directrice associée à la recherche à la Ingram School of Nursing de l'Université McGill

DIANE MORIN
Professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval



MIGUEL LARDENNOIS
Chef au Service fédéral - Santé publique de la Belgique



Le SIDIIEF a décerné quatre Prix Reconnaissance afin de rendre hommage à des infirmières et infirmiers pour leur carrière exceptionnelle. Les infirmières québécoises GERTRUDE BOURDON et FRANCINE DE MONTIGNY, de même que SÉBASTIEN COLSON (France) et JOSIANE KOUDOU (Côte d'Ivoire) ont été honorés.

INTÉGRER LES DONNÉES PROBANTES À LA PRATIQUE

Nombre de projets se sont penchés sur l'étude des conditions favorables à l'intégration des résultats de recherche dans la pratique. En Suisse, on insiste sur l'importance de communiquer les résultats aux cliniciens. Cédric Mabire, professeur à l'Université de Lausanne, parle d'une recherche sur la prise en charge de la clientèle gériatrique. « La force de ce projet est d'avoir tenu compte des valeurs des soignants. Quand on leur a présenté les résultats, ils souhaitent procéder aux changements. »

« La recherche est complémentaire au soin », ajoute Isabelle Fromantin. Chercheuse et clinicienne à l'Unité Plaies et Cicatrisation de l'Institut Curie à Paris, ses travaux portent sur l'odeur des plaies tumorales. Pour elle, une recherche prioritaire désigne celle qui veut répondre à un problème du patient.

Pour diffuser les savoirs, le Québec mise sur la collaboration entre les établissements d'enseignement. « Le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières (RRISIQ), qui regroupe les facultés, écoles et départements de sciences infirmières de toutes les universités, facilite l'harmonisation des pratiques », explique sa codirectrice, Sylvie Cossette.

LA SÉCURITÉ DES SOINS

Selon un rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), 15 % des dépenses de santé sont consacrées aux conséquences des événements indésirables, comme les erreurs de médicaments. Des experts ont proposé des pistes de solution.

La France, par exemple, a récemment revu son programme national pour la sécurité des patients. Selon Jean-Marie Januel, membre du Haut Conseil de santé publique (qui s'apparente à notre Institut national de santé publique du Québec), « la démarche était nécessaire car le pays n'avait observé aucune amélioration significative en matière de sécurité des soins au cours des quinze dernières années. » De nouvelles mesures visent donc à améliorer les indicateurs en la matière, dont l'une qui fait du patient un « coauteur de sa sécurité » et une autre qui mise sur la formation des soignants.

Au Québec, un certain nombre de propositions visant à accroître la sécurité des soins font l'objet de réflexions, notamment les ratios infirmière-patients. La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux sont parvenus à une entente afin de déployer des projets-pilotes sur les ratios infirmière-patients s'appuyant sur des outils cliniques validés, a relaté Jérôme Rousseau, vice-président de la FIQ.

Bien que les panélistes considèrent le manque d'effectifs infirmiers comme une menace à la sécurité des patients, ils font aussi valoir l'importance des compétences du personnel. Miguel Lardennois, chef au Service fédéral – Santé publique de la Belgique, réfère au projet RN4CAST mené par Walter Sermeus qui a reproduit en Europe l'étude américaine d'Aiken et al. (2010). « On sait qu'en augmentant la charge, on augmente le taux de mortalité. Cette étude démontre également qu'en augmentant le taux de bachelières, on réduit le taux de mortalité. Focalisez-vous sur le nombre d'infirmières, mais focalisez-vous aussi sur leur formation et leurs compétences », conseille-t-il.

LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

Alors que la gouvernance des établissements de santé est dominée par la recherche d'efficacité, les infirmières peuvent-elles être actrices de transformation? Les panélistes qui se sont exprimés sur cette question répondent tous par l'affirmative. Stéphane Michaud, président de l'Association française des directeurs des soins, prône comme outil de performance la pluridisciplinarité, c'est-à-dire la complémentarité des différents points de vue et la juxtaposition des regards. Il précise : « Le directeur des soins n'est pas à lui seul la direction des soins. » Et au Québec, on insiste sur l'importance du soutien des infirmières afin qu'elles occupent pleinement leur champ d'exercice. ●

RÉFÉRENCES

Morin, Diane (2018). *La pratique infirmière avancée. Vers un consensus au sein de la francophonie*. Étude réalisée pour le SIDIIEF.
Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J. et al. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), 904-921. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908200/>



LE PATIENT-PARTENAIRE

Le patient-partenaire n'est plus une approche conceptuelle mais une réalité émergente dans les établissements de santé et d'enseignement. Alain Néron, représentant des patients, a fait état d'une nuance qu'il juge importante : les membres de l'équipe de soins devraient travailler avec le patient, et non pour le patient. Celui-ci se sent alors véritablement accompagné dans sa prise de décision.

De concert avec l'Université de la Sorbonne, la professeure française Catherine Tourette-Turgis a fondé l'Université des Patients. « Des facultés de médecine proposent des parcours diplômants à des malades qui désirent devenir patients-partenaires en cancérologie, patients-conseil ou encore patients-intervenants en éducation thérapeutique. » À ce jour, 150 patients ont été diplômés. En plus de transformer leur expérience de la maladie en expertise et de les intégrer dans les courants du rétablissement, ce programme rompt leur isolement social. « La maladie brise des trajectoires de vie. Il ne suffit pas d'être guéri pour être rétabli. »

L'OIIQ au SIDIIEF

Outre les grandes conférences et les panels, le congrès du SIDIIEF, c'est aussi plus de 500 séances simultanées. Plusieurs représentantes de l'OIIQ étaient conviées à y présenter les enjeux québécois en soins infirmiers.



Plusieurs infirmières de l'OIIQ ont fait des présentations au SIDIIEF. Dans l'ordre habituel, MARTINE MAILLÉ, conseillère à la qualité de la pratique; CHANTALE DESBIENS, directrice adjointe, pratique infirmière, à la Direction Développement et soutien professionnel (DDSP); CAROLE MERCIER, secrétaire; LUCIE TREMBLAY, présidente; CAROLINE ROY, directrice adjointe, pratique avancée et relation avec les partenaires, à la DDSP; et CAROL-ANNE LANGLOIS, conseillère à la qualité de la pratique.

PRESCRIPTION INFIRMIÈRE : L'AVENIR

Chantale Desbiens, directrice adjointe à la Direction Développement et soutien professionnel à l'OIIQ, a expliqué la réglementation encadrant la prescription infirmière.

« Au Québec, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (L.R.Q. c. I-8) définit le champ d'exercice de notre profession. Cette Loi prévoit 17 activités réservées, dont trois sont liées au droit de prescrire :

- évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique;
- initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de la *Loi sur la santé publique*;
- déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent. »

Le règlement autorisant l'infirmière à prescrire est entré en vigueur le 11 janvier 2016. « Il découle de la *Loi médicale* (L.R.Q. c. M-9), rappelle Chantale Desbiens. Il est l'aboutissement de longues négociations avec le Collège des médecins du Québec (CMQ). Il autorise l'infirmière bachelière et l'infirmière titulaire d'un diplôme d'études collégiales à prescrire sous certaines conditions dans les domaines suivants : soins de plaies; santé publique - cessation tabagique, pédiculose, supplément vitaminique, contraception et ITSS; et problèmes de santé courants, ce dernier étant réservé aux titulaires d'un diplôme de baccalauréat uniquement. » Au 31 mars 2018, 6 049 infirmières détiennent un numéro de prescripteur.

Pour appuyer cette nouvelle pratique et répondre aux questions des professionnels, une structure a été mise en place conjointement avec le CMQ. Plusieurs guides et protocoles cliniques ont aussi été instaurés.

« La prescription infirmière facilite l'accès aux soins et améliore les soins de proximité, en plus de conférer une occasion de se développer professionnellement, affirme Chantale Desbiens. C'est la voie de l'avenir et son déploiement est essentiel. »

IPS : LE QUÉBEC PIONNIER PARMIS LES PAYS FRANCOPHONES

Parmi les pays francophones, le Québec fait figure de pionnier pour avoir introduit, il y a plus de dix ans, la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

« En élargissant la pratique infirmière, nous souhaitons mieux répondre aux besoins de la population », a expliqué Carol-Anne Langlois, conseillère à la qualité de la pratique à l'OIIQ. Le Québec compte actuellement 500 IPS, nombre que le gouvernement souhaite voir quadrupler d'ici 2025. L'IPS combine à la fois l'exercice d'une pratique infirmière avancée et l'exercice d'activités médicales.

« De nombreux règlements encadrent la pratique des IPS, a ajouté Martine Maillé, aussi conseillère à la qualité de la pratique à l'OIIQ. Celui de l'OIIQ définit les conditions et les modalités de délivrance d'un certificat de spécialiste, alors que celui du CMQ détermine entre autres les activités médicales pouvant être exercées par l'IPS. »

Le cadre réglementaire ayant été récemment révisé, on compte depuis le 8 mars 2018 cinq spécialités d'IPS: néonatalogie, soins pédiatriques, santé mentale, soins de première ligne et soins aux adultes. « La refonte réglementaire avait pour but d'actualiser la pratique des IPS. On recherchait une souplesse qui permettrait de suivre le développement des pratiques et des traitements. »

L'OIIQ a établi des lignes directrices pour chaque spécialité. Un comité consultatif a aussi été créé pour faire le suivi de la pratique. Il pourra éventuellement recommander de nouvelles pratiques cliniques.

Carol-Anne Langlois a souligné un aspect important de la nouvelle réglementation, qui formalise la pratique de collaboration entre l'IPS et un médecin ou un groupe de médecins. Ce partenariat vise à assurer que des canaux de communication sont établis dans une perspective de collaboration interdisciplinaire. « Il regroupe des professionnels autonomes qui reconnaissent leurs expertises mutuelles. »

PROTÉGER LE PUBLIC EN CONTEXTE DE MOBILITÉ INTERNATIONALE

Devant une salle bien remplie, la secrétaire de l'OIIQ, Carole Mercier, a rappelé ceci : « La mission d'un ordre professionnel est d'assurer la protection du public. C'est toujours sous cet angle que les décisions sont prises. »

Un Ordre dispose de plusieurs mécanismes pour assurer la protection du public, dont l'admission à la profession, l'inspection professionnelle, la discipline et la formation continue. « L'un des rôles de l'OIIQ, explique-t-elle, consiste notamment à contrôler le processus d'admission à la profession et ce, à partir du moment où un certificat d'immatriculation est émis à une étudiante en soins infirmiers jusqu'à la réussite de son examen professionnel et de son inscription annuelle au Tableau de l'OIIQ. »

Quant aux infirmières formées à l'extérieur du Québec, elles franchiront plusieurs étapes dans le cadre d'un processus de reconnaissance de leur diplôme ou de leur formation. Après leur demande de reconnaissance d'équivalences, elles devront réussir un programme d'intégration professionnelle et des compléments de formation en vue de passer l'examen professionnel, si le Comité d'admission par équivalence (CAE) l'exige. La réussite de l'examen professionnel leur permettra d'obtenir leur permis d'exercice et, enfin, de s'inscrire au Tableau de l'OIIQ. Les infirmières ont quatre ans pour achever le programme d'intégration. Le taux d'emploi des infirmières formées à l'extérieur du Québec est de 65 % un an après avoir terminé les programmes d'intégration, et de 85 % deux ans après.

À propos de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) entre la France et le Québec en vigueur depuis 2011 et portant sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmières, il concerne celles ayant une formation universitaire. L'entente reconnaît le diplôme d'État d'infirmier comme étant de niveau baccalauréat et les dispense de l'examen de l'OIIQ.

Environ 5 % des membres de l'OIIQ proviennent de l'extérieur du Québec, notamment de la France, d'Haïti et du Liban.

« Les modèles organisationnels devraient tenir compte des spécificités du rôle infirmier. »

OCCUPER SON CHAMP D'EXERCICE

« Il est démontré que les infirmières ne pratiquent pas à la hauteur de ce que leur permet leur champ d'exercice », constate Caroline Roy, directrice adjointe à la Direction Développement et soutien professionnel à l'OIIQ. Alors que le taux d'événements indésirables demeure élevé, la perception de la qualité des soins et la satisfaction des patients diminuent. Potentialiser le rôle infirmier demeure donc un enjeu important afin d'assurer au public de meilleurs soins.

Elle rappelle que l'activité réservée consistant à évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique habilite l'infirmière à effectuer un large éventail d'interventions, mais que, dans les faits, sa contribution représente seulement un peu plus de la moitié de ce qu'elle peut accomplir. Pourquoi? Caroline Roy émet plusieurs hypothèses, dont une ambiguïté qui persiste sur le rôle de l'infirmière, une organisation du travail qui ne mise pas sur sa contribution pleine et entière, ainsi que des activités de développement professionnel insuffisantes.

Pour renverser cette situation, elle prône d'abord une vision claire et novatrice du rôle infirmier. « Les modèles organisationnels

devraient tenir compte des spécificités du rôle infirmier et de ses responsabilités », affirme-t-elle. Elle juge essentiel d'inculquer aux infirmières une culture de développement professionnel continu. « Les pratiques collaboratives favorisent aussi l'implication des infirmières en sollicitant leur pleine contribution. »

DURE INTÉGRATION EN MILIEU DE SOINS

Plus d'une nouvelle infirmière sur trois (36 %) vit une intégration « assez difficile » ou « très difficile » en milieu de soins, révèle un récent sondage sur la relève infirmière réalisé pour le Comité jeunesse de l'OIIQ. Une formation et une orientation inadéquates ainsi que le manque de soutien comptent parmi les raisons évoquées. Ces constats ont mené le Comité jeunesse à rédiger un avis sur les conditions de succès pour une intégration réussie. Cet avis a fait l'objet d'une communication par affichage au congrès du SIDIIEF.

« Une des solutions identifiées par la relève serait de pouvoir compter sur une formule de mentorat mixte, explique Jessica Young, vice-présidente du Comité jeunesse de l'OIIQ. Le mentorat serait encadré par des horaires et des activités d'accompagnement, mais

il laisserait aussi une liberté d'intervention pour permettre l'organisation d'activités répondant aux besoins des mentorées. »

« L'accueil des recrues pourrait être amélioré simplement en les présentant aux professionnels de l'équipe, afin qu'elles se sentent à l'aise de poser leurs questions », ajoute-t-elle. N'oublions pas que la majorité des novices font partie d'équipes volantes et qu'elles changent souvent d'unité, d'environnement de travail et, parfois, d'établissement. S'approprier leur milieu de soins et leur rôle dans un tel contexte représente un réel défi.

Enfin, le profil de l'infirmière débutante devrait peser dans la balance au moment de lui attribuer son premier poste. A-t-elle une formation générale? Détient-elle une formation dans un domaine particulier, comme la santé communautaire?

D'autres pistes de solutions à une intégration réussie de la relève sont suggérées dans l'avis du Comité jeunesse de l'OIIQ, reçu favorablement par le conseil d'administration de l'OIIQ, dont la diminution du ratio étudiants/professeur dans les stages et l'augmentation progressive du nombre de patients à charge. ●



COURS EN SOINS DE PLAIES

Deux cours en soins de plaies OFFERTS À DISTANCE

45 heures de cours (3 crédits) vous permettant :

- > D'approfondir vos connaissances en lien avec le processus de cicatrisation et la physiopathologie.
- > D'établir un plan de traitement pour différents types de plaies.
- > De différencier les divers types de pansements et leurs indications.

Ce cours universitaire est offert entièrement à distance : sans sortir de chez soi et selon son horaire!

INFORMATION
sc-sante@uqat.ca
819 762-0971 poste 2619
uqat.ca/soins-de-plaies

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUÉ

5 ET 6 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2018



FORMER LE
PRÉSENT

DÉVELOPPER
L'AVENIR

NOUVEL HORAIRE,
PARCOURS THÉMATIQUES,
DÎNER-ÉCHANGE :

le Congrès de l'OIIQ vous propose une programmation renouvelée sur le thème du développement professionnel.

Découvrez la programmation complète et inscrivez-vous dès maintenant sur oiiq.org pour bénéficier de tarifs avantageux.

Bénéficiez de
20 % DE RABAIS
jusqu'au 8 octobre.

La Capitale est heureuse
le dîner-échange aux 100
Faites vite!

*Offre valide pour les 100 premières inscriptions payantes aux deux journées du Congrès de l'OIIQ.



CONFÉRENCES

Le développement professionnel infirmier ou comment cultiver la curiosité et l'apprentissage tout au long de la carrière

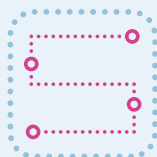
Véronique Dubé, inf., Ph. D.

Professeure adjointe et titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal

Conjuguer le présent pour écrire l'avenir!

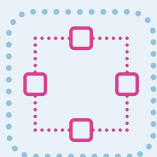
Danièle Sauvageau, O.C, C.S.M, Ch.PC, E.P.A.

Conférencière et conseillère, coaching exécutif et sportif



PARCOURS THÉMATIQUES

Clinique, enseignement, gestion : créez le parcours d'ateliers correspondant à votre fonction ou vos champs d'intérêt.



DÎNER-ÉCHANGE

Venez dîner avec l'équipe du Centre d'innovation en formation infirmière et échanger vos idées sur le développement professionnel et le soutien à apporter aux équipes de soins. **Cette nouvelle activité offre 1,5 ACFA pour 45 \$.**



AIRE D'EXPOSITION

Plus d'une centaine d'exposants vous attendent.

Venez visiter les stands d'établissements de santé, de formation et d'enseignement, d'entreprises pharmaceutiques, d'associations et plus.



d'offrir gratuitement
aux premiers inscrits*.


La Capitale
Assurances générales

Renseignements et inscription :
oiiq.org/congres-2018

Cas clinique

M^{me} JUTRAS

Vous êtes à l'urgence et rencontrez M^{me} Jutras, admise pour insuffisance rénale aiguë. Son bilan sanguin révèle une clairance de la créatinine de 42 ml/min. Cette dame de 78 ans est également traitée avec du rivaroxaban, 20 mg PO DIE, pour soigner une thrombose veineuse profonde survenue il y a cinq mois. *Vous vous questionnez à savoir si la posologie du rivaroxaban devrait être ajustée selon la fonction rénale de M^{me} Jutras.*

RÉPONSE EN PAGE 43

Anticoagulants oraux directs

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 COMPRENDRE

comment les anticoagulants oraux directs se distinguent des antagonistes de la vitamine K.

02 SE FAMILIARISER

avec les propriétés pharmacologiques des anticoagulants oraux directs.

par **JACINTHE LECLERC, B. Sc. inf., Ph. D.,**
ALEXANDRE SANCTUAIRE, B. Sc. (KIN.), DESS kinésiologie clinique, CCEP-ACSM, Pharm. D. (c.),
NATHALIE NADON, B. Sc. inf., M. Sc., IPSSA, et
JULIE MÉTHOT, B. Pharm., M. Sc., Ph. D.

La warfarine (Coumadin^{MD}) est commercialisée depuis plus de 60 ans au Canada. Les bénéfices de cet anticoagulant oral sur les thromboembolies sont reconnus. Depuis 2008, de nouveaux anticoagulants oraux, appelés anticoagulants oraux directs (AOD), sont commercialisés au pays : le dabigatran (Pradaxa^{MD}), le rivaroxaban (Xarelto^{MD}), l'apixaban (Eliquis^{MD}) et l'édoxaban (Lixiana^{MD}). Les patients souffrant de fibrillation auriculaire, de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire, ou encore ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, peuvent maintenant compter sur de nouvelles options de traitement pour une anticoagulation à moyen ou long terme. Comment les AOD se distinguent-ils de la warfarine? Cet article présente les mécanismes d'action, indications, contre-indications et éléments de surveillance associés à l'utilisation des AOD, ainsi que des exemples de situations pouvant survenir chez un patient traité par l'un ou l'autre de ces médicaments. Rappelons d'abord la physiologie de l'hémostase et la cascade de coagulation.

HÉMOSTASE

La formation d'un caillot découle d'une série d'étapes séquentielles impliquant une multitude de facteurs locaux et systémiques. Lors d'une lésion, la réponse intrinsèque immédiate consiste en une contraction du vaisseau sanguin lésé. Cette réponse permet de diminuer le débit sanguin (écoulement) au site de la blessure. Toutefois, le tarissement définitif de cet écoulement sanguin fait intervenir deux autres processus interdépendants, soit la formation du clou plaquettaire et la coagulation sanguine (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier, Raff, Strang et Vander, 2013).

L'apport des plaquettes est omniprésente aux deux étapes. À partir d'une protéine plasmatique sécrétée par les cellules endothéliales, le facteur de von Willebrand, les plaquettes s'agglutinent sur les molécules de collagène exposées. Cette fixation déclenche la libération de plusieurs agents chimiques tels que l'adénosine diphosphate et la sérotonine, et modifie par le fait même les protéines de surface des plaquettes (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier et al., 2013). L'activation plaquettaire permet ainsi l'agrégation plaquettaire. Cette agrégation est aussi stimulée par la thromboxane A₂, un écosanoïde, permettant à davantage de plaquettes de venir se lier ensemble. Ces réponses sont facilitées par la présence de fibrinogène, une protéine plasmatique rendant possible la formation de liaisons entre chacune des plaquettes. Quant à l'expansion du clou plaquettaire, elle est limitée par la prostaglandine I₂ et l'oxyde nitrique, toutes deux sécrétées par les cellules endothéliales adjacentes encore intactes (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier et al., 2013).

Les plaquettes ainsi que d'autres médiateurs chimiques (calcium plasmatique, phospholipides, etc.) jouent aussi un rôle dans le processus plus lent de l'hémostase, soit la coagulation sanguine (Figure 1). Une cascade d'activation de facteurs de coagulation permet de convertir des protéines plasmatiques inactives en des enzymes protéolytiques actives jusqu'à l'étape finale consistant en la conversion de la prothrombine en thrombine. Cette dernière dégrade le fibrinogène en plusieurs polypeptides afin de générer de la fibrine lâche et permet l'activation du facteur XIII qui stabilise et renforce la fibrine (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier et al., 2013). La thrombine exerce aussi un effet sur la cascade en activant plusieurs facteurs enzymatiques, dont la synthèse de quatre d'entre eux (II, VII, IX, X) est dépendante de la vitamine K (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier et al., 2013). Bien qu'elle n'intervienne pas directement dans le processus de coagulation, cette vitamine est essentielle (de même que la prothrombine) dans la synthèse hépatique de certains facteurs de coagulation.

Il existe deux voies de coagulation pouvant aboutir à la formation de fibrine, soit les voies intrinsèque et extrinsèque (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier et al., 2013) (Figure 1). Elles agissent de concert afin d'activer les facteurs et les cofacteurs de la coagulation spécifiques à chacune d'entre elles, et ce, jusqu'au facteur commun, le facteur X. Toutes ces étapes permettent ultimement la formation d'un thrombus (caillot) obstruant la lésion vasculaire.

ANTICOAGULANTS ENDOGÈNES

Dans des circonstances physiologiques normales, on compte trois mécanismes qui s'opposent directement à la formation de thrombus :

- La protéine plasmatique (aussi appelée inhibiteur de la voie du facteur tissulaire).
- Le récepteur thrombomoduline des cellules endothéliales.
- La protéine plasmatique antithrombine III (Marieb et Hoehn, 2015; Widmaier et al., 2013).

Des anomalies de l'un de ces trois mécanismes naturels d'anticoagulation accentuent le risque d'hypercoagulation, pouvant être problématique chez certaines personnes.

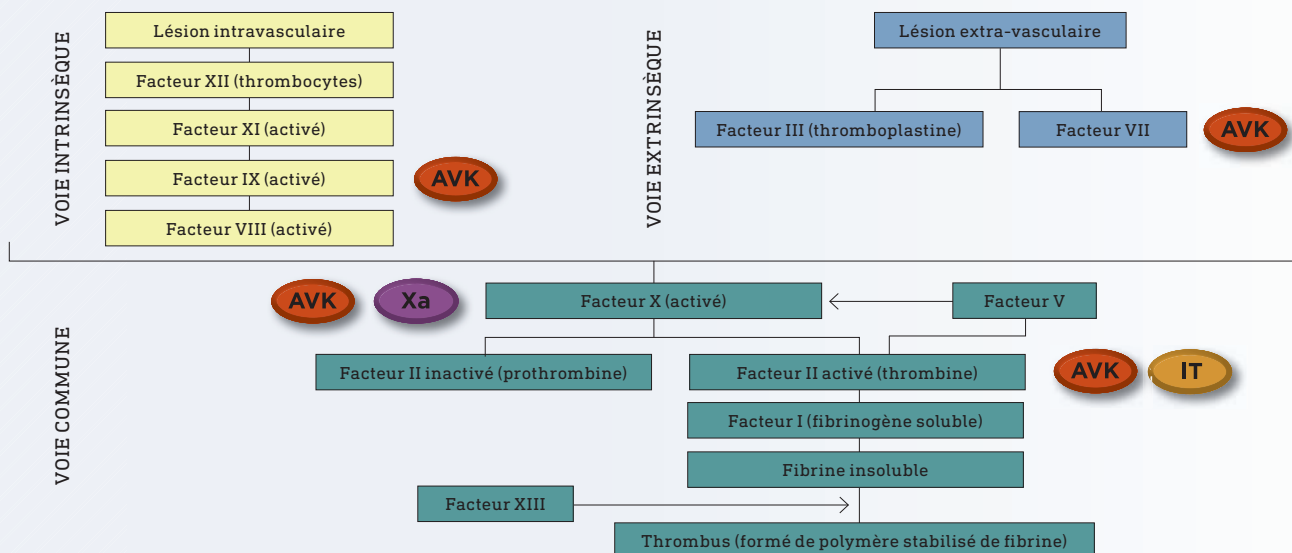
Néanmoins, bien que l'hémostase soit l'un des mécanismes les plus raffinés du corps humain, un déséquilibre dans un seul de ces processus peut avoir des conséquences non négligeables dans un contexte prothrombotique. C'est pourquoi, dans certaines situations cliniques, le recours à des anticoagulants oraux ou parentéraux est indiqué (Tableau 1).

Tableau 1
INDICATIONS DES ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS

Traitement des embolies pulmonaires ou des thromboses veineuses profondes.
Prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez des patients atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire.
Prévention de la thromboembolie lors de maladies valvulaires, ou chez des patients porteurs de valves mécaniques ou de bioprothèses valvulaires.
Prévention de l'embolie généralisée à la suite d'un infarctus du myocarde.
Prévention de la thromboembolie veineuse chez les patients ayant subi une arthroplastie totale élective de la hanche ou du genou.

Kearon et al., 2016; Macle et al., 2016; Nishimura et al., 2017; Wells et al., 2014.

Figure 1
CASCADE DE COAGULATION ET CIBLES THÉRAPEUTIQUES DES ANTICOAGULANTS ORAUX



Légende : AVK : antagonistes de la vitamine K; IT : inhibiteur direct de la thrombine; Xa : inhibiteur du facteur Xa.
Tiré de Leclerc, 2017. Adapté de McKinley, O'Loughlin et Bidle, 2014.

Antagonistes de la vitamine K : warfarine et nicoumalone

Approuvée en 1957, la warfarine (Coumadin^{MD}) a été le premier anticoagulant oral commercialisé au Canada (BMS, 2016a). Par son mécanisme d'action, il diminue la synthèse des quatre facteurs de coagulation dépendant de la vitamine K, soit les facteurs II, VII, IX et X, ce pourquoi on le qualifie d'antagoniste de la vitamine K (Brunton, Chabner et Knollmann, 2011; J. Hirsh et al., 2001) (**Figure 1; Tableau 2**).

La nicoumalone (Sintrom^{MD}), commercialisée quelques années après la warfarine (1962), a un mécanisme d'action similaire (Laboratoires Paladin, 2009). La principale différence entre les deux molécules concerne leur pharmacocinétique (Hirsh, Fuster, Ansell et Halperin, 2003). La nicoumalone présente une pharmacocinétique plus rapide et prend moins de temps pour atteindre des concentrations sanguines à l'intérieur de l'index thérapeutique. Elle est également éliminée plus rapidement comparativement à la warfarine. Elle est toutefois moins utilisée que la warfarine en raison d'un risque de thrombus plus important en cas d'oubli de dose. Chez certains patients, il peut être approprié de diviser la posologie quotidienne en deux prises afin de favoriser l'atteinte de la valeur cible de ratio normalisé international (RNI).

La warfarine et la nicoumalone sont indiquées pour réduire le risque de thromboembolie périphérique, pulmonaire, cardiaque ou cérébrale (BMS, 2016a; Laboratoires Paladin, 2009). Toutefois, compte tenu de leur activité anticoagulante, certains risques associés à ce traitement doivent être pris en considération, particulièrement ceux de nature hémorragique. Avant l'instauration d'une anticoagulothérapie en vue de traiter une fibrillation auriculaire, le risque de saignement peut être calculé à partir de l'échelle HAS-BLED (Lip, Frison, Halperin et Lane, 2011), tandis que le risque thromboembolique peut être calculé selon l'échelle CHADS₂ (Gage et al., 2001), afin de pondérer les bénéfices de la thérapie par rapport aux risques y étant associés. Néanmoins, il est nécessaire d'exercer un suivi étroit de l'activité anticoagulante des patients traités à l'aide de ce type d'anticoagulant et de procéder à l'ajustement de la posologie en fonction de la valeur du RNI au besoin, en vue de demeurer à l'intérieur de l'intervalle thérapeutique du patient.

En cas de surdosage ou d'hémorragie, il est recommandé d'interrompre temporairement le traitement et d'administrer un antidote si la situation clinique le justifie. La vitamine K par voie orale ou parentérale (BMS, 2016a; INESSS, 2017) et le Beriplex^{MD}, complexe prothrombique humain contenant tous les facteurs essentiels de coagulation qui sont dépendants de la vitamine K, en injection intraveineuse

(CSL Behring, 2015), sont les deux antidotes connus à la warfarine. Malgré un profil d'innocuité rassurant et une efficacité à long terme favorable, les nombreuses interactions médicamenteuses et alimentaires, ainsi que le nombre important de ponctions veineuses requises pour le suivi d'une telle pharmacothérapie, ont ouvert la voie à des occasions de recherche pharmaceutique et au développement de nouveaux médicaments anticoagulants dont le mécanisme d'action est plus spécifique et moins contraignant pour les patients.

Anticoagulants oraux directs

En 2008, deux AOD ont fait leur apparition sur le marché canadien : le dabigatran-etexilate, ou dabigatran (Pradaxa^{MD} [Boeinger Ingelheim, 2016a]), et le rivaroxaban (Xarelto^{MD} [Bayer, 2015]). Ils ont été suivis en 2012 de l'apixaban (Eliquis^{MD} [BMS, 2016b]) et en 2017 de l'édoxaban (Lixiana^{MD} [Servier, 2016]).

Ces quatre AOD se distinguent des autres anticoagulants en agissant de manière spécifique sur un facteur de coagulation (**Figure 1; Tableau 2**). Plus précisément, le dabigatran cible le facteur IIa (thrombine), alors que le rivaroxaban, l'apixaban et l'édoxaban ciblent quant à eux le facteur Xa responsable de la transformation de la prothrombine en thrombine (Brunton et al., 2011; Servier, 2017).

Le mécanisme d'action des AOD ciblant un seul facteur de coagulation, il aurait pour effet de réduire grandement le risque hémorragique, notamment les saignements intracrâniens, tout en conservant sensiblement les mêmes avantages thérapeutiques que ceux de la warfarine (Granger et al., 2011; Patel et al., 2011; INESSS, 2014). Quant aux saignements gastro-intestinaux, ils sont comparables chez les utilisateurs de AOD et de warfarine, bien qu'on ait observé une tendance à la hausse chez les personnes de plus de 75 ans sous dabigatran (Connolly et al., 2009).

Un essai clinique randomisé rapporte une réduction des événements cardiovasculaires majeurs chez des patients souffrant de maladie athérosclérotique stable, traités par de faibles doses de rivaroxaban (2,5 mg ou 5 mg), avec ou sans aspirine (Eikelboom et al., 2017). Toutefois, cette étude a démontré une augmentation de 50 à 70 % des risques d'hémorragies sévères chez les patients prenant du rivaroxaban comparativement à ceux traités avec de l'aspirine seulement. Il faut savoir que l'utilisation de rivaroxaban à faible dose en prévention secondaire chez les patients souffrant de maladie athérosclérotique n'est pas encore approuvée au Canada.



COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, (2014). *L'univers des soins infirmiers en images.*

Cadre réglementaire

- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), article 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). Article 12.
- Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3^e édition.

Balises déontologiques

- Article 45 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers.

Limite importante des AOD, aucun marqueur biologique standardisé ne permet de mesurer l'activité anticoagulante. Compte tenu des caractéristiques pharmacocinétiques (dont le court temps de demi-vie; **Tableau 2**), l'omission d'une dose entraîne la diminution rapide de l'effet anticoagulant. En cas d'oubli, il est important que le patient prenne une nouvelle dose le plus rapidement possible si la prochaine est prévue dans plus de six heures (IUCPQ, 2017).

Il est primordial de ne jamais doubler la dose pour compenser une dose oubliée. La posologie standard est généralement fixe pour tous les patients, à l'exception de ceux souffrant d'insuffisance rénale, chez qui un ajustement est nécessaire pour tous les médicaments.

Signalons que les AOD sont contre-indiqués chez les patients dont la clairance à la créatinine est inférieure à 30 mL/min, à l'exception de l'apixaban, dont l'élimination rénale est moins importante (27 % contre 33 à 85 % pour les autres AOD).

Le court temps requis pour atteindre l'efficacité thérapeutique est une caractéristique particulièrement intéressante des AOD. L'efficacité thérapeutique est obtenue en une à quatre heures avec ces derniers, comparativement à quelques jours avec les antagonistes de la vitamine K. Les AOD se distinguent donc des antagonistes de la vitamine K que sont la warfarine et la nicoumalone par leur mécanisme d'action beaucoup plus spécifique.

Les AOD ont démontré une efficacité clinique similaire ou supérieure à la warfarine en prévention des événements thrombotiques associés à la fibrillation auriculaire (Yao et al., 2016). De plus, le risque hémorragique associé aux AOD semble comparable à celui des autres types de traitements agissant sur la cascade de coagulation (Almutairi et al., 2017; Hirschl et Kundi, 2014; Pan et al., 2017; Skaistis et Tagami, 2015).

Tableau 2
ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS ET ANTAGONISTES DE LA VITAMINE K

NOM DU MÉDICAMENT	MÉCANISME D'ACTION	PIC D'ACTION	DEMI-VIE	INDICATION (CODE DE REMBOURSEMENT COMME MÉDICAMENT D'EXCEPTION PAR LA RAMQ)	POSOLOGIE USUELLE
ANTICOAGULANT ORAL DIRECT					
Dabigatran (Pradaxa ^{MD})	Inhibiteur du facteur II	1 à 3 heures	12 à 14 heures	FA non valvulaire (CV-155)	150 mg BID (†)
				TVP ou EP (*)	
				Arthroplastie élective de la hanche et du genou (*)	Dose initiale de 110 mg, puis 220 mg DIE (†; hanche : pour 28 à 35 jours; genou : pour 10 jours)
				ANTICOAGULANT ORAL TRADITIONNEL	
Apixaban (Eliquis ^{MD})	Inhibiteur du facteur Xa	3 à 4 heures	8 à 15 heures	FA non valvulaire (CV-155)	5 mg BID (†)
				TVP (CV-169), EP (CV-170)	10 mg BID x 7 jours, puis 5 mg BID x 6 mois
				Arthroplastie élective de la hanche (CV-127) et du genou (CV-126)	2,5 mg BID (†; hanche : pour 32 à 38 jours; genou : pour 10 à 14 jours)
				Édoxaban (Lixiana ^{MD})	Inhibiteur du facteur Xa
FA non valvulaire (CV-155)	20 mg DIE (†)				
Rivaroxaban (Xarelto ^{MD})	Inhibiteur du facteur Xa	2 à 4 heures	5 à 13 heures, selon l'âge	TVP (CV-157), EP (CV-165)	15 mg BID x 3 semaines, puis 20 mg DIE
				Arthroplastie élective de la hanche (CV-127) et du genou (CV-126)	10 mg DIE (†; hanche : pour 35 jours; genou : pour 10 à 14 jours)
Warfarine (Coumadin ^{MD})	Antagoniste de la vitamine K	72 à 96 heures	40 heures	TVP, FA, EP ou infarctus du myocarde	Après la dose de charge initiale, 0,5 à 10 mg par jour ajusté selon le RNI
Nicoumalone (Sintrom ^{MD})	Antagoniste de la vitamine K	36 à 48 heures	8 à 11 heures	TVP, FA, EP ou infarctus du myocarde	Après la dose de charge initiale, 1 à 10 mg par jour ajusté selon le RNI

À jour au 19 septembre 2017. Adapté de Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, 2017.

Sources : monographie du Coumadin^{MD} (warfarine), Bristol-Myers Squibb, 2016a; monographie du Sintrom^{MD} (nicoumalone), Laboratoires Paladin inc., 2009; monographie de Eliquis^{MD} (apixaban), Bristol-Myers Squibb, 2016b; monographie de Pradaxa^{MD} (dabigatran), Boehringer Ingelheim Ltée, 2016; monographie de Lixiana^{MD} (édoxaban), Servier Canada inc., 2017. Liste des médicaments assurés par la Régie d'assurance maladie du Québec, 2017.

(*) Non remboursé pour cette indication.

† : Ajustement requis selon la fonction rénale ou d'autres caractéristiques du patient qui tiennent compte du risque hémorragique élevé, de l'âge et du poids.

Légende : AVC : accident vasculaire cérébral; FA : prévention de l'AVC et de l'embolie systémique chez un patient avec fibrillation auriculaire; TVP : traitement de la thrombose veineuse profonde et prévention des récurrences; EP : traitement de l'embolie pulmonaire et prévention des récurrences; RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec; RNI : ratio normalisé international; BID : deux fois par jour.

Antidote

En cas de complications hémorragiques chez un patient traité au dabigatran, il existe un antidote spécifique : l'idarucizumab (Praxbind^{MD}), qui s'administre par voie intraveineuse (BI, 2016b). Rappelons que, par son mécanisme d'action, le dabigatran se lie à la thrombine. L'antidote idarucizumab compétitionnera facilement avec la liaison dabigatran-thrombine, car il a une affinité de liaison 300 fois plus puissante avec le dabigatran que l'affinité de liaison du dabigatran avec la thrombine, ce qui lui permet d'en neutraliser l'effet. L'emploi de l'idarucizumab est indiqué chez un patient traité au dabigatran et chez qui une chirurgie d'urgence ou une hémorragie non maîtrisée menace le pronostic vital. L'effet anticoagulant peut ainsi être neutralisé, ce qui réduit ainsi les risques d'hémorragie mortelle pour le patient.

Aucun antidote n'est encore disponible sur le marché pour renverser les effets du rivaroxaban, de l'apixaban ou de l'édoxaban. En cas d'hémorragie ou de surdosage survenant avec l'un de ces trois AOD, il est recommandé d'interrompre temporairement le traitement et de considérer l'administration de charbon activé pour réduire l'absorption du médicament (cette intervention n'aurait pas d'effet pour renverser la cascade de coagulation et l'hémorragie). Dans les cas plus sévères, il peut être indiqué d'administrer du plasma frais congelé ou un concentré de complexe de prothrombine (Dhakil, Rayamajhi, Verma, Gundabolu et Bhatt, 2017). Deux autres antidotes, l'andexanet alfa (Mar et al., 2016) et l'aripazine, sont en développement pour contrer les effets du rivaroxaban, de l'apixaban et de l'édoxaban.

Précautions

Les AOD requièrent certaines précautions, notamment à l'égard des interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses (par ex., combiner un AOD avec de la rifampicine, un antibiotique, occasionne une réduction significative de l'effet anticoagulant) et de leur utilisation chez des sous-groupes de la population pour lesquels les données probantes sont limitées (patients dont le poids est supérieur à 120 kg ou ayant subi certains types de chirurgie bariatrique [IUCPQ, 2017]). Notons enfin que l'utilisation d'un AOD en concomitance avec l'aspirine et un autre antiplaquettaire (triple thérapie) augmente le risque de saignement. Le recours à la triple thérapie exige de bien définir la durée optimale d'utilisation de chaque antiplaquettaire selon leur indication de même que le risque hémorragique des patients (Macle et al., 2016; IUCPQ, 2017).

LE RÔLE INFIRMIER

Activités réservées

Les activités réservées exercées par l'infirmière lors de l'utilisation de médicaments tels les AOD sont les suivantes (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016) :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (**Encadré p. 30**).

Cas clinique

N° 1

Vous êtes à l'étage et rencontrez M. Chamberland, hospitalisé depuis quelques jours pour fibrillation auriculaire.

Il a commencé l'apixaban 5 mg PO BID dans le but de prévenir un trouble athérothrombotique. Il vous demande s'il devra faire des prises de sang régulièrement pour s'assurer qu'il est suffisamment anticoagulé par l'apixaban.

Que lui répondez-vous?

RÉPONSE :

Non, aucun suivi d'anticoagulation n'est requis lors de la prise d'apixaban, de dabigatran, de rivaroxaban et d'édoxaban. Il demeure important d'évaluer la fonction rénale (clairance de la créatinine), l'hémoglobine et la fonction hépatique (enzymes hépatiques) au moins annuellement et plus souvent chez les patients plus fragiles, ayant une fonction rénale altérée, âgés de plus de 75 ans ou ayant plusieurs comorbidités (IUCPQ, 2017).

Cas clinique

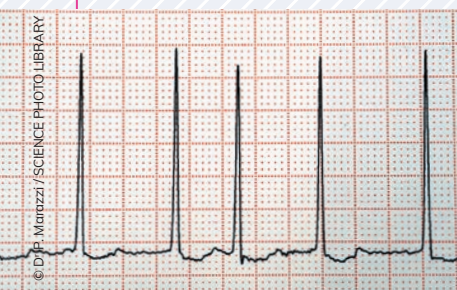
N° 2

À votre bureau en pharmacie communautaire, vous rencontrez M. Wagner pour le suivi de sa pression artérielle. Après la prise des signes vitaux, il vous exprime sa fierté d'avoir réussi à intégrer la marche comme activité physique dans sa routine quotidienne. Toutefois, il vous avoue avoir de la difficulté à suivre de façon assidue son traitement de dabigatran, qu'il doit prendre deux fois par jour. Il oublie généralement la dose du matin, alors qu'il vaque à ses activités de la vie quotidienne. Il vous demande si c'est grave, car il est convaincu que prendre une pilule sur deux est mieux que de ne pas en prendre du tout!

Que pouvez-vous suggérer à M. Wagner?

RÉPONSE :

Vous pouvez valider les connaissances de M. Wagner quant à l'utilisation du dabigatran en insistant sur l'importance de prendre ce médicament deux fois par jour pour une anticoagulation optimale, en prévention de l'accident vasculaire cérébral ou de l'embolie systémique chez un patient comme lui, souffrant de fibrillation auriculaire. Du renforcement positif peut certainement contribuer à l'adhésion au traitement, tout comme l'utilisation d'un pilulier, d'un agenda, ou d'alarmes aux heures de traitement. Si l'adhésion au traitement demeure un défi à moyen terme malgré les différentes solutions proposées, M. Wagner pourrait discuter avec son médecin des autres options d'anticoagulothérapie qui peuvent être prises une seule fois par jour, comme le rivaroxaban ou l'édoxaban (IUCPQ, 2017).



ÉLECTROCARDIOGRAMME ILLUSTRANT UNE FIBRILLATION AURICULAIRE

Adhésion au traitement et enseignement

En plus d'administrer le médicament selon les guides de pratique en soins infirmiers, l'infirmière travaille en interdisciplinarité avec le médecin prescripteur et le pharmacien afin d'instaurer un traitement anticoagulant selon les meilleures pratiques. L'adhésion au traitement (y compris l'acceptation du traitement par le patient, sa persistance à prendre le médicament selon la durée indiquée et son observance quotidienne de l'ordonnance) dépend de l'enseignement prodigué au patient par l'infirmière au début du traitement. À la suite de cet enseignement, le patient comprend :

1. La raison pour laquelle il doit être anticoagulé (indication spécifique à sa condition clinique).
2. Les caractéristiques quant à la prise de son médicament (nombre de prises par jour, à prendre à jeun ou au repas, etc.).
3. Les bénéfices au quotidien de prendre son médicament comme prescrit et les conséquences (risques) possibles du manque d'assiduité sur ce plan.
4. L'existence d'un risque de saignements.
5. Les moments pour lesquels il doit consulter.

CONCLUSION

Les AOD se distinguent de leur ancêtre, la warfarine, par leur mécanisme d'action plus spécifique. Leur utilisation est beaucoup moins contraignante pour le patient puisqu'ils ne requièrent pas un suivi de l'activité anticoagulante par des analyses de laboratoire. Les données probantes tendent à montrer qu'ils sont également plus sécuritaires que la warfarine.

Ces avantages peuvent avoir un effet positif marqué sur la qualité de vie du patient et faciliter l'adhésion au traitement. •

L'apixaban, le dabigatran, l'édoxaban et le rivaroxaban se distinguent de la warfarine par leur mécanisme d'action beaucoup plus spécifique sur la cascade de coagulation.

Il faut surveiller la fonction rénale avant et pendant le traitement par un anticoagulant oral direct. Il est généralement nécessaire d'ajuster la posologie en fonction de l'indication de traitement et de la clairance de la créatinine du patient.

À ce jour, aucun antidote n'est encore disponible pour l'apixaban, l'édoxaban et le rivaroxaban.

Cas clinique N° 3

Votre tante vous mentionne qu'elle n'en peut plus des prises de sang associées à la surveillance de l'anticoagulothérapie par la warfarine. Elle a discuté avec son médecin et ils ont tous deux convenu qu'elle était admissible à un changement de thérapie, soit de passer de la warfarine à un AOD. Elle avait une préférence pour le dabigatran, car c'est actuellement le seul AOD pour lequel un antidote est disponible. Elle vous demande si elle pourra passer du jour au lendemain de la warfarine au dabigatran.

Que lui répondez-vous?

RÉPONSE :

Non. Pour le passage de la warfarine (antagoniste de la vitamine K) vers le dabigatran, votre tante devra cesser la warfarine et attendre que son RNI descende sous la valeur de 2,0 (IUCPQ, 2017). Ensuite, elle pourra commencer le dabigatran. Des recommandations spécifiques sont émises pour tous les types de transitions d'anticoagulants. L'apixaban peut aussi être débuté lorsque le RNI est sous la valeur de 2,0 alors que pour le rivaroxaban et l'édoxaban, la valeur du RNI doit être sous la valeur de 2,5.

Cas clinique N° 4

À la clinique pré-opératoire, vous rencontrez M^{me} Simard, une dame de 49 ans pour qui une cure d'hernie ombilicale est prévue dans un mois. Pendant la collecte de données, elle vous mentionne son antécédent d'embolie pulmonaire (il y a deux mois), en traitement actif par l'apixaban 5 mg PO BID. Elle se demande si elle risque l'hémorragie pendant la chirurgie en raison de son traitement d'anticoagulothérapie.

Que lui répondez-vous?

RÉPONSE :

En consultation avec le chirurgien et la pharmacienne de l'hôpital, il est déterminé que la cure d'hernie ombilicale est une chirurgie dont le risque de saignement est de faible à intermédiaire, si pratiquée chez un patient traité avec un anticoagulant (IUCPQ, 2017). Il est donc recommandé de cesser l'apixaban deux ou trois jours avant la chirurgie, et d'attendre deux ou trois jours avant de le recommencer. De façon concomitante, le chirurgien évaluera le risque hémorragique, le risque thrombotique, la fonction rénale et l'atteinte de l'hémostase – des facteurs pouvant nuancer les délais mentionnés.

Cas clinique M^{me} JUTRAS

RÉPONSE :

Il n'y a aucun ajustement de dose requis si la clairance de la créatinine se situe entre 30 et 49 ml/min et que l'indication est le traitement de la thrombose veineuse profonde. Si toutefois la clairance de la créatinine diminuait sous les 30 ml/min, l'utilisation du rivaroxaban ne serait plus recommandée. Si M^{me} Jutras était plutôt atteinte de fibrillation auriculaire, en présence d'une clairance de la créatinine entre 30 et 49 ml/min, il aurait fallu réduire la dose à 15 mg DIE (IUCPQ, 2017).

LES AUTEURS

JACINTHE LECLERC

Infirmière, Ph. D. (sciences pharmaceutiques – pharmacologie-épidémiologie)

Professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est également stagiaire postdoctorale à la Faculté de médecine de l'Université McGill. Ses recherches sont menées à l'Institut national de santé publique du Québec et à l'Université McGill.

ALEXANDRE SANCTUAIRE

B. Sc. (kin.), DESS kinésiologie clinique, CCEP-ACSM, Pharm. D. (C.)

Étudiant au doctorat de premier cycle en pharmacie à l'Université Laval. Il travaille à la pharmacie et au centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.

NATHALIE NADON

B. Sc. inf., M. Sc., IPSSA

Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également directrice générale de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque et conférencière pour Servier Canada inc. et Novartis Pharma Canada inc.

JULIE MÉTHOT

B. Pharm., M. Sc., Ph. D.

Professeure agrégée à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Elle est également pharmacienne à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Jacinthe Leclerc a reçu une bourse de recherche pour professionnels de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque, alliance Bristol-Myers Squibb/Pfizer, en 2016.

Nathalie Nadon est conférencière en insuffisance cardiaque pour Servier et Novartis Pharma.

Les autres auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Servier et Novartis, ni aucun autre fabricant d'anticoagulant oral, n'ont eu un droit de regard quant au contenu de cette revue de littérature.

RÉFÉRENCES

- Almutairi, A. R., Zhou, L., Gellad, W. F., Lee, J. K., Slack, M. K., Martin, J. R. et Lo-Ciganic, W. H. (2017). Effectiveness and safety of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants for atrial fibrillation and venous thromboembolism: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Therapeutics*, 39(7), 1456-1478.
- Bayer inc. (2015). Monographie de produit : Xarelto (rivaroxaban). Repéré à <http://omr.bayer.ca/omr/online/xarelto-pm-fr.pdf>
- Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée. (2016a). Monographie de produit : Pradaxa (dabigatran etexilate). Repéré à <https://www.boehringer-ingenheim.ca/sites/ca/files/documents/pradaxampm.pdf>
- Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée. (2016b). Monographie de produit : Praxbind (idarucizumab). Repéré à <https://www.boehringer-ingenheim.ca/sites/ca/files/documents/praxbindpmfr.pdf>
- Bristol-Myers Squibb Canada. (2016a). Monographie de produit : Coumadin (warfarine). Repéré à https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/COUMADIN_FR_PM.pdf
- Bristol-Myers Squibb Canada. (2016b). Monographie de produit : Eliquis (apixaban). Repéré à https://www.bms.com/assets/bms/ca/documents/productmonograph_fr/ELIQUIS_FR_PM.pdf
- Brunton, L. L., Chabner, B. A. et Knollmann, B. C. (2011). *Goodman & Gilman's—The pharmacological basis of therapeutics* (12^e éd.). New York : McGraw-Hill Education LLC.
- Connolly, S. J., Ezekowitz, M. D., Yusuf, S., Eikelboom, J., Oldgren, J., Parekh, A. ... Wallentin, L. (2009). Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *New England Journal of Medicine*, 361(12), 1139-1151.
- CSL Behring Canada inc. (2015b). Monographie de produit : Beriplex (complexe prothrombique humain). Repéré à http://www.cslobehring.ca/docs/626/762/2015-04-14_182605_Beriplex_EN.pdf#search=beriplex.
- Dhakal, P., Rayamajhi, S., Verma, V., Gundabolu, K. et Bhatt, V. R. (2017). Reversal of anticoagulation and management of bleeding in patients on anticoagulants. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 23(5), 410-415.
- Eikelboom, J. W., Connolly, S. J., Bosch, J., Dagenais, G. R., Hart, R. G., Shestakovska, O. ... Yusuf, S. (2017). Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 377(14), 1319-1330.
- Gage, B. F., Waterman, A. D., Shannon, W., Boehler, M., Rich, M. W. et Radford, M. J. (2001). Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: Results from the National Registry of Atrial Fibrillation. *JAMA*, 285(22), 2864-2870.
- Granger, C. B., Alexander, J. H., McMurray, J. J., Lopes, R. D., Hylek, E. M., Hanna, M. ... Wallentin, L. (2011). Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *New England Journal of Medicine*, 365(11), 981-992.
- Hirsh, J., Dalen, J., Anderson, D. R., Poller, L., Bussey, H., Ansell, J. et Deykin, D. (2001). Oral anticoagulants: Mechanism of action, clinical effectiveness, and optimal therapeutic range. *Chest*, 119(Suppl 1), 85S-215S.
- Hirsh, J., Fuster, V., Ansell, J. et Halperin, L. J. (2003). American Heart Association/American College of Cardiology Foundation Guide to warfarin therapy. *Circulation*, 107(12), 1692-1711.
- Hirsch, M. et Kundi, M. (2014). New oral anticoagulants in the treatment of acute venous thromboembolism—A systematic review with indirect comparisons. *Vasa*, 43(5), 353-364.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). Anticoagulothérapie chez l'adulte : fibrillation auriculaire. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_outil_choix_anticoagulothérapie.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2017). Anticoagulothérapie. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/activites/protocoles-medicaux-et-ordonnances-nationales/protocoles-medicaux-et-ordonnances-nationales/anticoagulothérapie.html>



POST-TEST EN LIGNE

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

- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec. (2017). Guide d'utilisation : Les anticoagulants oraux directs (AOD) (2^e éd.). Repéré à http://iucpq.qc.ca/sites/default/files/guide_aod_anticoagulants_oraux_directs_ou_naco_juin2017.pdf
- Kearon, C., Akl, E. A., Ornelas, J., Blaivas, A., Jimenez, D., Bounameaux, H. ... Moores, L. (2016). Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*, 149(2), 315-352.
- Laboratoires Paladin inc. (2009). Monographie de produit : Sintrom (nicumalone). Repéré à http://www.paladin-labs.com/our_products/Sintrom_en.pdf
- Leclerc, J. (2017). Surveillance des consultations à l'urgence et des hospitalisations chez les utilisateurs de médicaments génériques et originaux en cardiologie, au Québec (Thèse de doctorat). Québec : Université Laval. Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/28236/1/34116.pdf>
- Lip, G. Y., Frison, L., Halperin, J. L. et Lane, D. A. (2011). Comparative validation of a novel risk score for predicting bleeding risk in anticoagulated patients with atrial fibrillation: The HAS-BLED (Hypertension, Abnormal Renal/Liver Function, Stroke, Bleeding History or Predisposition, Labile INR, Elderly, Drugs/Alcohol Concomitantly) score. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(2), 173-180.
- Macle, L., Cairns, J., Leblanc, K., Tsang, T., Skanes, A., Cox, J. L. ... Verma, A. (2016). 2016 Focused update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(10), 1170-1185.
- Mar, F., Crowther, M. S., Gold, A., Lu, G., Leeds, J. P., Wiens, B. ... Curnutte, J. T. (2016). 176 Andexanet Alfa: An investigational universal antidote for reversal of anticoagulation of factor Xa inhibitors in healthy human volunteers. *Neurosurgery*, 63(Suppl 1), 170.
- Marieb, E. N. et Hoehn, K. (2015). *Anatomie et physiologie humaines* (5^e éd.). Montréal : Pearson.
- McKinley, M. P., O'Loughlin, V. D. et Bidle, T. S. (2014). Anatomie et physiologie – Une approche intégrée. Paris : Maloine.
- Nishimura, R. A., Otto, C. M., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin 3rd, J. P., Fleisher, L. A. ... Thompson, A. (2017). 2017 AHA/ACC Focused update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(2), 252-289.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Administration des médicaments ou d'autres substances. Dans *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd. - PDF), 60-62. Montréal : OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf
- Pan, K. L., Singer, D. E., Ovbiagele, B., Wu, Y. L., Ahmed, M. A. et Lee, M. (2017). Effects of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants versus warfarin in patients with atrial fibrillation and valvular heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, 6(7).
- Patel, M. R., Mahaffey, K. W., Garg, J., Pan, G., Singer, D. E., Hacke, W. ... Califf, R. M. (2011). Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *New England Journal of Medicine*, 365(10), 883-891.
- Servier Canada inc. (2017). Monographie de produit : Lixiana (édoxaban). Repéré à https://www.servier.ca/sites/default/files/webform/produits/PM_Lixiana_%2026%20JUL%202017%20FR.pdf?ts=1506423728
- Skaistis, J. et Tagami, T. (2015). Risk of fatal bleeding in episodes of major bleeding with new oral anticoagulants and vitamin K antagonists: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(9), e0137444.
- Wells, P. S., Forgie, M. A. et Rodger, M. A. (2014). Treatment of venous thromboembolism. *JAMA*, 311(7), 717-728.
- Widmaier, E. P., Raff, H., Strang, K. T. et Vander, A. J. (2013). *Physiologie humaine : les mécanismes du fonctionnement de l'organisme* (6^e éd. française). Montréal : Chenelière Education.
- Yao, X., Abraham, N. S., Sangaralingham, L. R., Bellolio, M. F., McBane, R. D., Shah, N. D. et Noseworthy, P. A. (2016). Effectiveness and safety of Dabigatran, Rivaroxaban, and Apixaban 2016 versus Warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *Journal of the American Heart Association*, 5(6), e003725.

5 ET 6 NOVEMBRE
CONGRÈS OIIQ
2018

NOUVEL HORAIRE
PARCOURS THÉMATIQUES
DÎNER-ÉCHANGE

Découvrez la programmation.
oiiq.org/congres-2018

Bénéficiez de
20 % DE RABAIS
jusqu'au 8 octobre.

Détection de la détresse chez les personnes atteintes de cancer

Une pratique infirmière essentielle

Au Québec, plus de 53 000 personnes reçoivent un diagnostic de cancer chaque année et plus de trois personnes sur cinq survivront à la maladie (Société canadienne du cancer, 2017). Il est largement reconnu que le cancer n'a pas que des répercussions physiques, il affecte aussi tous les aspects de la vie. De nombreuses études ont démontré que les personnes atteintes de cancer éprouvent un éventail de besoins. Ceux-ci couvrent les domaines d'ordre physique, informationnel, émotionnel, psychologique, social, spirituel et pratique (Howell et al., 2009).

par NICOLE TREMBLAY, inf., M. Sc., CSIO (C), ICSP (C), et NATHALIE PARENT

La détresse émotionnelle chez les personnes atteintes de cancer et leurs proches n'est pas seulement fréquente. Elle peut aussi envahir le quotidien des personnes touchées par la maladie (Tremblay, Roy et Lecocq, 2017a, b). La détresse peut se manifester dès le début de la trajectoire de la maladie et se prolonger au-delà des traitements. Tous les adultes diagnostiqués vont expérimenter un certain niveau de détresse, celle-ci pouvant aller des sentiments normaux de vulnérabilité, de tristesse ou de peur, jusqu'à des problèmes susceptibles de devenir invalidants comme la dépression, l'anxiété ou la crise existentielle (Howell et al., 2015). Selon les écrits, la détresse serait significative (plus de 4 ou 5 au thermomètre de détresse*) chez près de 40 % des personnes atteintes de cancer (Howell et al., 2015). En stade terminal, ce taux risque de s'élever jusqu'à 70 % (Zabora et al., 2001, cités dans Fitch, 2011).

Si la période du diagnostic est un moment particulièrement éprouvant pour les personnes atteintes de cancer, les survivants ne sont pas non plus épargnés. Selon une vaste méta-analyse comparant les survivants du cancer avec des personnes en bonne santé, près de 18 % des survivants vivraient de l'anxiété, comparativement à près de 14 % chez la population non atteinte (Mitchell et al., 2013).

Considérant l'importance de sa prévalence, la détresse est maintenant reconnue par divers organismes nationaux et internationaux comme le 6^e signe vital à évaluer

chez les personnes atteintes de cancer après le pouls, la tension artérielle, la température, le rythme respiratoire et la douleur, et nécessite une attention particulière des intervenants en oncologie (Partenariat canadien contre le cancer, 2012). La détection de la détresse chez les personnes atteintes de cancer est également devenue une pratique faisant désormais partie des normes à évaluer dans le cadre de processus d'accréditation, dont celui d'Accréditation Canada.

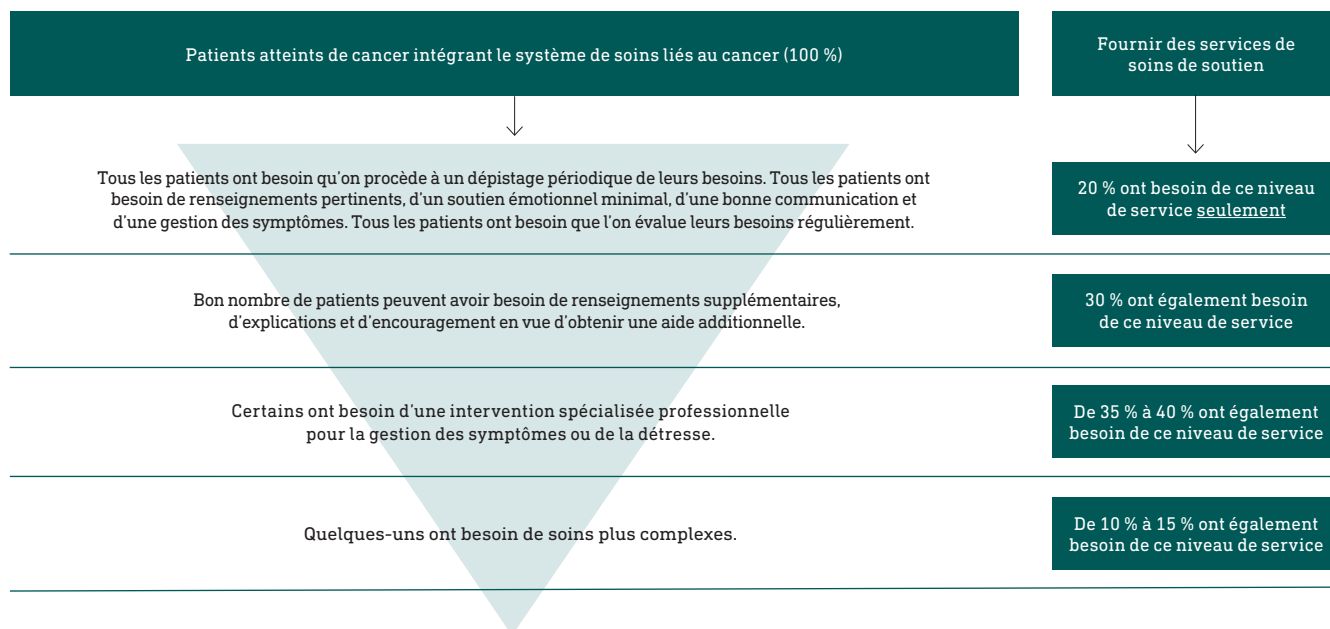
La détresse serait souvent sous-estimée ou mal évaluée, voire pas toujours considérée de façon appropriée (Barbu, 2015), et ce, même s'il est maintenant reconnu que la détection tardive ou une détresse persistante peut mener à divers problèmes, comme :

- des difficultés à faire face au cancer;
- un faible taux d'observance des traitements;
- un désir de voir sa mort survenir plus rapidement;
- une satisfaction moindre à l'égard des soins;
- des coûts de santé plus élevés;
- des risques de morbidité et de mortalité plus importants (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017).

Or, en l'absence d'un mécanisme de détection systématique, seulement 10 % des patients vivant une détresse intense ou prolongée sont identifiés et bénéficient de services (Bultz et Holland, 2006 cités dans Fillion et al., 2014). La détresse peut être invisible aux yeux même des cliniciens les plus intuitifs et expérimentés

Sans outil de dépistage systématique, seulement une minorité de personnes vivant de la détresse seront identifiées et soutenues.

Figure 1
PRESTATION DE SERVICES SELON LA PROPORTION DES PATIENTS QUI ONT BESOIN D'AIDE



Source : Fitch, 2008.

(Tremblay et al., 2017a, b). Dès lors, la détection systématique de la détresse s'avère une pratique incontournable afin de repérer les personnes qui en souffrent et de les soutenir, de mieux déterminer les principaux problèmes et de les prioriser, et d'orienter au besoin les patients vers les services et les soins requis (PCCC, 2015 cité dans MSSS, 2017). En somme, cette pratique est essentielle pour personnaliser les soins psychosociaux en fonction du degré et du type de détresse des personnes (Howell et al., 2015) et ainsi améliorer leur qualité de vie.

Au cours des années 2000, la détection de la détresse est devenue une norme de pratique. Son implantation par les équipes en oncologie a fait l'objet de multiples lignes directrices et recommandations. Au Québec, la Direction générale de cancérologie (DGC) a recommandé sa mise en place dès 2011 et le comité *ad hoc* sur la détection de la détresse du Comité national des cogestionnaires de la DGC vient de publier ses recommandations dans le rapport intitulé *La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins* (MSSS, 2017). Dans ce rapport, le comité recommande que 100 % des établissements aient mis en place la détection systématique de la détresse en 2018.

« ... j'ai pu parler de mes angoisses, aussi minimes soient-elles, que je n'avais pas partagées avec ma famille. Cela m'a soulagé. »

DÉFINITION DE LA DÉTRESSE ET DES BESOINS D'INTERVENTION

Selon le National Comprehensive Cancer Network (NCCN), la détresse se définit comme « une expérience émotionnelle désagréable et multidimensionnelle, de nature psychologique, sociale et/ou spirituelle, qui peut interférer avec la capacité à faire face au cancer, à ses symptômes physiques et à ses traitements ». Le comité *ad hoc* recommande d'utiliser la définition simple suivante auprès des personnes touchées par le cancer : « La détresse est une sensation désagréable qui diminue la qualité de vie et peut nuire au fonctionnement de la personne. »

Selon la pyramide de Fitch illustrant la hiérarchie des besoins des personnes atteintes de cancer en matière de soutien (Figure 1) et adaptée par le PCCC, on remarque que la totalité des personnes atteintes de cancer ont besoin minimalement d'information, d'une gestion des symptômes et de soutien émotionnel de base. Environ la moitié nécessitera des interventions spécialisées, voire très spécialisées pour 10 à 15 % d'entre elles. Dans un tout récent rapport sur l'expérience des patients, le PCCC fait ressortir plusieurs besoins non comblés chez les personnes atteintes de cancer (Tableau 1).

Tableau 1
VIVRE AVEC LE CANCER : L'EXPÉRIENCE DU PATIENT

- Plus du tiers (38,3 %) des patients québécois qui avaient des angoisses ou des craintes au moment du diagnostic n'ont pas été orientés vers un professionnel de la santé qui aurait pu répondre à leurs préoccupations.
- Pendant les traitements, plus de la moitié des patients atteints ont éprouvé des symptômes provoquant de la détresse, dont la fatigue, l'anxiété, la douleur et la dépression. Or, une personne sur quatre s'est dite insatisfaite du soutien reçu.
- Après les traitements :
 - 8 patients sur 10 ont éprouvé des difficultés physiques;
 - 7 patients sur 10 ont éprouvé des difficultés émotionnelles;
 - 4 patients sur 10 ont éprouvé des difficultés pratiques;
 - Seulement 1 patient sur 2 ayant présenté des difficultés émotionnelles ou pratiques a reçu de l'information utile qui répondait à ses besoins.

Source : PCCC, 2018.

Un dépistage périodique systématique de la détresse permet à l'équipe soignante d'être en position de combler les besoins des patients en temps opportun et de réagir aux besoins changeants. En offrant un accès plus rapide et mieux adapté à toute la gamme de services tout au long de l'expérience globale du cancer, les personnes atteintes et leurs familles se sentent ainsi mieux équipées pour faire face à l'épreuve, et ont une meilleure qualité de vie (PCCC, 2012).

Notre expérience indique que le manque de temps cache parfois un certain embarras à aborder des situations plus délicates.

L'OUTIL DE DÉTECTION DE LA DÉTRESSE (ODD)

Il existe une quantité considérable d'outils de détection, et plusieurs ont été l'objet d'études de validation. À la suite d'une évaluation, le comité *ad hoc* recommande un ODD composé des trois mesures suivantes et devant être complétées par le patient :

Le thermomètre de la détresse (TD)*

Il mesure la détresse psychologique de façon graphique. Il permet au patient d'indiquer son niveau moyen de détresse ressentie dans la dernière semaine, incluant la journée même, sur une échelle de 0 à 10. Le TD doit être utilisé conjointement avec la liste de vérification de problèmes.

La liste canadienne de vérification des problèmes

Elle accompagne le TD, elle permet à l'utilisateur de cocher les problèmes ressentis au cours de la dernière semaine (incluant la journée même) dans une liste d'éléments. Ces derniers sont regroupés en six catégories. Cette liste est proposée dans le Guide d'implantation du dépistage de la détresse du PCCC (2012). Le comité y a ajouté trois rubriques et retiré celle du « sommeil », puisque cette dernière se trouve dans l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton – version révisée, recommandant ainsi une liste de 24 éléments.

L'échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton, version révisée (EESSE-r)

Elle permet la détection de dix symptômes communément vécus par les personnes atteintes de cancer tout en évaluant leur gravité. Ainsi, le patient note, sur une échelle visuelle allant de 0 à 10, l'intensité des symptômes ressentis au cours des dernières 24 heures. Les symptômes évalués sont : la douleur, la fatigue, la nausée, la dépression, l'anxiété, la somnolence, l'appétit, le bien-être, l'essoufflement et les problèmes de sommeil. La version la plus récente de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton porte la mention « révisée » (EESSE-r). Elle a été choisie parce que plus de patients préfèrent cette version pour ses définitions, sa clarté et son format (MSSS, 2017).

L'ODD définit brièvement la détresse pour la personne touchée par le cancer. Il inclut aussi une question afin de valider le désir de la personne atteinte de recevoir de l'aide pour soulager sa détresse. Ce dernier point est essentiel pour en arriver à un réel partenariat avec le patient et il doit faire l'objet d'un véritable dialogue. Notre expérience clinique indique que certaines personnes ne souhaitent pas être aidées, alors que le professionnel constate clairement un niveau de détresse moyen à sévère (Tremblay et al., 2017a). Le « non » à la question ne doit pas constituer en soi un frein absolu à l'ouverture d'un dialogue, pas plus que le professionnel ne doit prétendre connaître mieux que la personne ses besoins et la diriger de force vers une ressource spécialisée. Dans certains cas, malgré un niveau significatif de détresse, la personne refuse de l'aide soit parce qu'elle n'en ressent pas le besoin à ce moment, soit parce que son entourage peut lui offrir le soutien nécessaire (Tremblay et al., 2017b). Cette discussion permet au moins à l'infirmière de souligner les ressources et les forces personnelles du patient et de ses proches, ainsi que de les soutenir, une intervention en soi thérapeutique. Dans d'autres cas, le refus d'aide dissimule parfois une détresse plus grande ou un manque

de ressources sur le plan familial, d'où l'importance du dialogue qui s'ensuit avec le patient afin de déterminer les ressources les mieux adaptées dans les circonstances.

En complément à l'ODD, un formulaire sert à noter les données cliniques sur la maladie, le moment du dépistage, le constat du professionnel, les orientations offertes aux patients et à leurs proches, ainsi que les interventions accomplies. Comme le niveau de détresse varie tout au long de la maladie, cet outil devrait idéalement être utilisé par le patient à divers moments de l'émergence de la détresse. Ces périodes de vulnérabilité englobent le moment du diagnostic, pendant les traitements, après les traitements ou la phase de survie, la rechute ainsi que la période des soins palliatifs et de fin de vie (Howell et al., 2009).

L'ODD amène donc le patient à faire une introspection sur sa situation et doit être suivi d'un entretien avec l'infirmière pour discuter de ses résultats. S'ensuit alors l'étape de l'évaluation de la détresse selon le modèle de Fitch en cinq étapes :

1. Détecter les symptômes et la détresse (en prenant en compte des réponses du questionnaire).
2. Ouvrir le dialogue avec la personne atteinte pour établir la relation thérapeutique.
3. Évaluer les facteurs de risque et les problèmes.
4. Vérifier la perception de la personne atteinte de cancer et établir avec elle un plan de soins adaptés.
5. Choisir les interventions adaptées selon la personne et les données probantes.

Sur ce dernier point, nombre de lignes directrices et d'algorithmes pour la pratique clinique ont été élaborés à l'échelle du pays. En fin de compte, l'infirmière devra toujours utiliser son jugement clinique afin de choisir des interventions en fonction des problèmes présents, des particularités du patient et selon la trajectoire de réponse à la détresse élaborée au préalable, et ce, bien évidemment en partenariat avec la personne et ses proches.

Le « non » à la question ne doit pas constituer en soi un frein absolu à l'ouverture d'un dialogue, pas plus que le professionnel ne doit prétendre connaître mieux que la personne ses besoins et la diriger de force vers une ressource spécialisée.

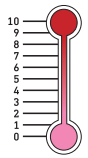
LA TRAJECTOIRE GLOBALE DE RÉPONSE À LA DÉTRESSE

Selon les ressources communautaires ou privées et les professionnels disponibles, les équipes pourront élaborer la trajectoire globale de réponse à la détresse propre à leur établissement. Elles devront aussi s'entendre sur un seuil au-delà duquel elles feront appel aux intervenants psychosociaux spécialisés pour une évaluation plus approfondie.

Plusieurs exemples de trajectoires de réponse sont présentés dans le rapport du comité sur la détresse de la DGC. Cependant, ces trajectoires omettent de façon générale de faire appel aux ressources des organismes communautaires. Pourtant, elles sont souvent appropriées pour les personnes vivant des niveaux léger ou modéré de détresse et ont l'avantage d'être disponibles avant, pendant et aussi après la période des traitements, autant pour les personnes atteintes que pour leurs proches. La **Figure 2** propose une trajectoire qui prend notamment en compte les ressources communautaires de la Société canadienne du cancer (SCC).

* Le thermomètre de détresse a été proposé initialement par le National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Tableau 2
TRAJECTOIRE GLOBALE DE RÉPONSE À LA DÉTRESSE

LISTE DE PROBLÈMES	INTERVENANTS CIBLÉS	SERVICES DE LA SCC*
Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante › Travailleurs sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> › Service d'information sur le cancer** › Programme d'aide financière au transport › Maison d'hébergement
Social / familial	<ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante › Travailleurs sociaux › CCSI*** › Psychologues 	<ul style="list-style-type: none"> › Service d'information sur le cancer** › Jumelages téléphoniques › Communauté virtuelle ParlonsCancer.ca › Groupes de soutien
Information	<ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante 	<ul style="list-style-type: none"> › Service d'information sur le cancer** › Publications › Conférences virtuelles
Physique Mémoire / concentration, sommeil, poids, constipation / diarrhée	<ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante 	
Spirituel / religieux	<ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante › Services spirituels 	
Difficultés émotionnelles		
	<p>Si ≤ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante › Travailleurs sociaux › CCSI*** <p>Si ≥ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> › Évaluation diagnostique en psycho-oncologie 	<ul style="list-style-type: none"> › Service d'information sur le cancer** › Jumelages téléphoniques › Communauté virtuelle ParlonsCancer.ca › Groupes de soutien
ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES D'EDMONTON (ESAS-R)		
Dépression / Anxiété		
	<p>Si ≤ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante › Travailleurs sociaux › CCSI*** <p>Si ≥ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> › Évaluation diagnostique en psycho-oncologie 	<ul style="list-style-type: none"> › Service d'information sur le cancer** › Jumelages téléphoniques › Communauté virtuelle ParlonsCancer.ca › Groupes de soutien
Douleur, fatigue, nausées, somnolence, appétit, essoufflement		
	<p>Si ≤ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante (Évaluation le plus rapidement possible selon disponibilité des services) <p>Si ≥ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> › Équipe soignante (Évaluation le jour même) 	

* SCC : Société canadienne du cancer.

** Les spécialistes en information de la SCC peuvent aider les patients ou les proches à trouver les ressources disponibles dans leur localité grâce au Répertoire des ressources de la SCC qui recense plus de 1 000 services à travers le Québec.

*** CCSI : Conseillère clinicienne en soins infirmiers.

Modèle proposé par les auteurs, inspiré de la Trajectoire globale de réponse à la détresse de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et du CHUQ.

En effet, les services de soutien des organismes communautaires, bien qu'en général proposés comme une possibilité, sont peu souvent réellement intégrés à la trajectoire de soins des équipes soignantes, privant ainsi les patients d'un potentiel soutien. Comme mentionné ci-dessus, selon la pyramide de Fitch, tous les patients ont besoin d'information et de soutien émotionnel de base. En plus d'offrir divers services d'information (comme des publications ou des webinaires sur la peur de récidive du cancer par exemple), la SCC propose des programmes de soutien par les pairs aidant les personnes atteintes et leurs proches à normaliser leur expérience de cancer et contribuant à diminuer leur niveau de stress et d'anxiété. Selon de nombreuses études, les programmes de soutien par les pairs concourent à accroître la capacité des patients à faire face au cancer, rassurer et normaliser l'expérience de cancer, réduire l'isolement, faciliter le partage d'information et permettre d'avoir une meilleure compréhension de l'expérience du cancer et des étapes à venir (Campbell, Phaneuf et Deane, 2004).

Que ce soient les programmes de jumelage avec une personne ayant vécu une expérience similaire, des groupes de soutien ou des plateformes de soutien en ligne comme ParlonsCancer.ca, ces services ont l'avantage d'être offerts aussi bien aux personnes atteintes qu'aux proches, du moment du diagnostic à après la fin des traitements. D'autres services, tels que l'hébergement, le transport ou l'aide financière, entre autres, répondent à divers besoins d'ordre pratique souvent à la source de la détresse. Notons aussi que la collaboration avec un organisme communautaire reconnu pour la qualité de ses services (par l'Engagement qualité décerné par le Conseil québécois d'agrément) s'avérerait un complément important aux équipes en oncologie. En effet, l'organisme peut orienter les patients présentant des signes de détresse importants vers son équipe soignante, alors que celle-ci orientera les patients vivant de faibles niveaux de détresse vers la ressource communautaire.

Les services de soutien des organismes communautaires, bien qu'en général proposés comme une possibilité, sont peu souvent réellement intégrés à la trajectoire de soins des équipes soignantes, privant ainsi les patients d'un potentiel soutien.

LE RÔLE CLÉ DE L'INFIRMIÈRE DANS LA DÉTECTION DE LA DÉTRESSE

Diverses études ont démontré le rôle majeur des infirmières dans la détection et les interventions précoces face à la détresse (Fitch, Howell, McLeod et Green, 2012; Tremblay et al., 2017a, b). D'abord, elles passent plus de temps que les autres intervenants auprès des personnes touchées (MSSS, 2017) et sont souvent les premières à déceler des signes de détresse. Elles sont en mesure de reconnaître les facteurs susceptibles de contribuer à la détresse tant sur le plan physique (douleur, fatigue, etc.) que sur le plan émotif (tristesse, inquiétudes, etc.) (MSSS, 2017). Cette intervention s'inscrit dans l'activité réservée de l'infirmière consistant à évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique. L'infirmière affiche une bonne réceptivité envers l'ODD (Tremblay et al., 2017a, b) et elle est bien placée pour guider et orienter le patient vers les ressources communautaires (Estes et Karten, 2014). Par ailleurs, les patients jugent l'infirmière plus outillée que les oncologues pour discuter des aspects émotionnels, et elle est aussi dans une position privilégiée pour établir une relation de confiance avec le patient (Estes et Karten, 2014).

Enfin, l'infirmière qui participe à la détection de la détresse en tire aussi des bénéfices : elle apprend à mieux guider l'entrevue, à explorer de façon plus judicieuse les besoins de la personne et de ses proches, à reconnaître leurs forces et à déterminer plus facilement si une orientation est nécessaire (Fitch et al., 2012, Tremblay et al., 2017a, b). Elle peut assumer une pleine autonomie et un leadership à cet égard. Au sein des équipes soignantes, c'est principalement l'infirmière qui fera le pont avec les ressources communautaires. D'ailleurs, le nombre de références aux organismes communautaires aurait augmenté après la formation des infirmières sur l'implantation de l'ODD au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) impliquant des patients partenaires (Lebœuf, Mc Duff et Blouin, 2018).

L'IMPLANTATION DE LA DÉTECTION DE LA DÉTRESSE À L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (HMR)

Si le dépistage de la détresse est fortement recommandé et justifié, l'implantation d'une telle pratique soulève plusieurs défis et s'avère complexe. L'étude sur l'expérience d'implantation de l'ODD à l'HMR, qui s'est intéressée aux perceptions des infirmières, révèle les avantages et difficultés de l'implantation de l'ODD de leur point de vue. Cette étude a été réalisée auprès de 45 infirmières pratiquant dans des secteurs de soins où l'ODD a été implanté.

Depuis janvier 2012, l'HMR a implanté l'ODD auprès de deux clientèles reconnues comme souffrant davantage de détresse, soit les femmes atteintes de cancer du sein et les personnes greffées pour un cancer hématologique. L'outil utilisé était alors celui du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et pour lequel l'HMR a obtenu les autorisations d'adaptation. Cet outil est très similaire à celui recommandé par le comité *ad hoc* de la DGC.

D'abord, la grande majorité des infirmières considèrent le dépistage de la détresse comme important (93,3 %) et plus du tiers d'entre elles, incontournable. Les infirmières ont noté plusieurs aspects positifs du dépistage sur leur pratique. Entre autres, l'outil permet de faire des évaluations plus pointues, d'avoir plus de contacts avec les personnes nécessitant une gestion des symptômes, de mieux comprendre ce que vit la personne et de faciliter la documentation des cas. D'un autre côté, les infirmières notent que le dépistage prend du temps, qu'il nécessite parfois de collecter des données non pertinentes et qu'il rend les personnes trop émotives, créant alors de l'inconfort chez certaines d'entre elles.

Or, il est intéressant de noter que la majorité des patients participant à l'étude d'HMR ont trouvé le formulaire de l'ODD facile à remplir (77 %) et ont estimé utile de le faire (81 %). Ces derniers ont fait référence au caractère introspectif de l'outil de dépistage, un aspect qu'aucune autre étude n'avait mis en perspective. En réalité, les participants ont mentionné que la complétion de l'outil permet de prendre du temps pour faire le point sur ce qui est ressenti ou vécu à ce moment-là. D'autre part, l'outil est aussi perçu comme utile par les patients parce qu'il favorise une forme de partage ou de communication sur leur expérience ou leurs émotions, et ce, autant avec l'infirmière qu'avec les proches. « ... j'ai pu parler de mes angoisses, aussi minimes soient-elles, que je n'avais pas partagées avec ma famille. Cela m'a soulagé. » (Extrait de verbatim tiré de Tremblay et al., 2017a, b).

Selon les infirmières, les avantages du dépistage de la détresse sont nombreux. Il amène à détecter les problèmes plus rapidement et au moment opportun, et à offrir les services appropriés. Il suscite aussi une plus grande ouverture sur les besoins des patients ainsi qu'un meilleur dialogue. Il améliore l'évaluation et le suivi. En revanche, les infirmières sont nombreuses à avoir mentionné le manque de temps pour approfondir les réponses obtenues, le manque d'intimité avec le patient et le moment choisi pour le dépistage qui ne serait pas propice, donnant comme exemple le dépistage à l'admission, alors que le lien avec le patient ne s'est peut-être pas encore créé.

Cette pratique représente un problème de temps réel pour les infirmières. En effet, la détection de la détresse doit se faire dans un contexte favorable au dialogue, et c'est tout à l'honneur des infirmières de souhaiter les meilleures conditions pour jouer pleinement ce rôle. Toutefois, notre expérience indique aussi que le manque de temps cache parfois un certain embarras à aborder des situations plus délicates (Tremblay et al., 2017a, b). À cet égard, l'accompagnement en plus de la formation est primordial.

CONCLUSION

La détresse, modérée ou importante, est très présente chez les personnes touchées par le cancer. Elle peut se manifester au moment de l'attente d'un diagnostic et persister bien après la fin des traitements. Sans outil de dépistage systématique, seulement une minorité de personnes vivant de la détresse seront identifiées et soutenues. La détection systématique de la détresse représente donc indéniablement une occasion de mieux soutenir les patients et leur famille, et de les diriger vers les soins appropriés afin de leur venir en aide et d'améliorer leur qualité de vie.

L'implantation systématique d'un outil de détection de la détresse, même si ce dernier a été évalué, validé et recommandé, comporte son lot de défis. Toutefois, l'expérience de l'HMR comme celle d'autres établissements démontre que cet outil est bien accepté par les patients et que les infirmières le jugent pertinent et utile à leur pratique.

Les infirmières peuvent faire appel à de multiples ressources vers lesquelles orienter les patients en fonction du niveau de leur détresse. Si les intervenants psychosociaux spécialisés peuvent prendre le relais pour les cas de détresse plus aigus et sévères, les organismes communautaires, tels que la Société canadienne du cancer, sont capables de répondre aux besoins des personnes vivant avec une détresse moins prononcée. Or, ces ressources sont sous-exploitées et il importe de les intégrer systématiquement à la trajectoire de réponse à la détresse. ●

LES AUTEURES

NICOLE TREMBLAY

Inf., M. Sc, CSIO(c), certification canadienne en soins infirmiers oncologie, ICSP(c), certification canadienne en soins infirmiers palliatifs.

Conseillère clinicienne en soins infirmiers soins palliatifs, Direction des soins infirmiers, Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Lors de l'implantation de l'ODD à l'HMR, elle était conseillère clinicienne en soins infirmiers oncologie. Elle a occupé ce poste de 2009 à 2016.

NATHALIE PARENT

Chargée de projet, Programmes et politiques, Société canadienne du cancer.



Dans la version en ligne de cet article (sur oiiq.org), vous pouvez consulter un outil de détection de la détresse tiré du document du MSSS *La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins*. La diffusion de cet outil par *Perspective infirmière* a été autorisée par le MSSS.

RÉFÉRENCES

Barbu, C. (2015). *La détresse, le 6^e signe vital, quel outil pour la dépister?* Compte-rendu du 6^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Montréal. *Bulletin Infirmier du Cancer*, 15(4), 156-160. Repéré à https://www.jle.com/fr/revues/bic/le-docs/la-detresse_le_6e_signe_vital_quel_outil_pour_la_depister__306287/article.phtml

Campbell, H. S., Phaneuf, M. R. et Deane, K. (2004). Cancer peer support programs—do they work? *Patient Education and Counseling*, 55(1), 3-15. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2003.10.001>

Estes, J. M. et Karten, C. (2014). Nursing expertise and the evaluation of psychosocial distress in patients with cancer and survivors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 598-600. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1188/14.CJON.598-600>

Fillion, L., de Serres, M., Tremblay, A., Blais, M.-C., Robitaille, M.-A. et Boucher, S. (2014). Sensibiliser les équipes soignantes à la prise en compte de la souffrance psychique : l'expérience du dépistage de la détresse au CHU de Québec. *Psycho-Oncologie*, 8(1), 37-44. Repéré à [doi.org/10.1007/s11839-014-0456-4](http://dx.doi.org/10.1007/s11839-014-0456-4)

Fitch, M. I. (2008). Supportive care framework: Theoretical underpinnings. Dans M. I. Fitch, H. B. Porter et B. D. Page (dir.), *Supportive care framework: A foundation for person-centered care* (p. 5-20). Pembroke, ON : Pappin Communications.

Fitch, M. I. (2011). Screening for distress: A role for oncology nursing. *Current Opinion in Oncology*, 23(4), 331-337. Repéré à <http://www.dx.doi.org/10.1097/CCO.0b013e32834791a1>

Fitch, M. I., Howell, D., McLeod, D. et Green, E. (2012). Screening for distress: Responding is a critical function for oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 22(1), 12-30.

Howell, D., Currie, S., Mayo, S., Jones, G., Boyle, M., Hack, T., ... Digout, C. (2009). *Guide pancanadien de pratique clinique : évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer*. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer (groupe d'action pour l'expérience globale du cancer) et Association canadienne d'oncologie psychosociale. Repéré à https://www.capo.ca/FRENCH_Adult_Assessment_Guideline.pdf

Howell, D., Keshavarz, H., Esplen, M. J., Hack, T., Hamel, M., Howes, J., ... Ali, M. (2015). *A pan canadian practice guideline: Screening, assessment and care of psychosocial distress, depression, and anxiety in adults with cancer*. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer et Canadian Association of Psychosocial Oncology. Repéré à https://www.capo.ca/wp-content/uploads/2015/11/FINAL_Distress_Guideline1.pdf

Leboeuf, I., Mc Duff, K. et Blouin, C. (20 avril 2018). *De la recherche à la pratique – Programme de formation sur la détection de la détresse avec la participation de patients partenaires, un chemin incontournable*. Communication présentée au Séminaire de l'AQIO, Montréal. Repéré à <http://www.aqio.org/docs/20avril2018/LDS%20-%20AQIO%202018%20programme%20de%20d%C3%A9tection%20sur%20la%20d%C3%A9tresse%20volet%20de%20formation%20Version%2019%20avril.pdf>

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J. et Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: A systematic review and meta-analysis. *Lancet-Oncology*, 14(8), 721-732. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70244-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70244-4)

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *La détresse des personnes atteintes de cancer : un incontournable dans les soins – Recommandations de Comité ad hoc sur la détection de la détresse du Comité national des cogestionnaires de la Direction générale de cancérologie*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-902-11W.pdf>

Partenariat canadien contre le cancer – Expérience globale du cancer. (2012). *Dépistage de la détresse, le 6^e signe vital : guide d'adoption de pratiques exemplaires pour des soins centrés sur la personne*. Santé Canada/Partenariat canadien contre le cancer et Agence de la santé publique du Canada. Repéré à https://content.cancerview.ca/download/cv/treatment_and_support/supportive_care/documents/guideimplementationsdfdrpdf?attachment=0

Partenariat canadien contre le cancer. (2018). *Vivre avec un cancer : rapport sur l'expérience du patient*. Toronto, ON : Partenariat canadien contre le cancer. Repéré à <http://www.systemperformance.ca/fr/report/living-with-cancer-patient-experience/>

Société canadienne du cancer – Comité consultatif. (2017). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2017*. Toronto, ON : Société canadienne du cancer. Repéré à <http://www.cancer.ca/-/media/cancer.ca/CWW/publications/Canadian%20Cancer%20Statistics/Canadian-Cancer-Statistics-2017-FR.pdf>

Tremblay, N., Roy, O. et Lecoq, A. (2017a). Dépistage systématique de la détresse : portraits et regards croisés sur les perceptions des différents acteurs, perspectives cliniques et de recherche – Partie 1. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 27(3), 211-223. Repéré à <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/805/739>

Tremblay, N., Roy, O. et Lecoq, A. (2017b). Dépistage systématique de la détresse : portraits et regards croisés sur les perceptions des différents acteurs, perspectives cliniques et de recherche – Partie 2. *Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, 27(4), 316-327. Repéré à <http://www.canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/831>

Remerciements
Nicole Tremblay tient à remercier ses autres collaborateurs à l'étude : Caroline Provencher, Louise Compagna, Claudine Tremblay, Francine Grondin, Karine Le Breton, Jocelyne Doucet et Cécile Mathurin.

Le nouvel endroit pour trouver sa place

oiiq.org/emploi



RÉFÉRENCES DE L'ÉDITORIAL

(page 6)

RÉFÉRENCES

PERSPECTIVE INFIRMIÈRE

Déry, J. (2017). Cessons d'effectuer des activités qui ne nous appartiennent pas. *Perspective infirmière*, 15(1), 56. Repéré à <http://www2.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol15no01/13-congres-oiiq-2017.pdf#page=6>

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

Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., Coulombe, A., ... Tremblay, S. (2016). Les ratios infirmière/résidents en CHSLD : pénurie de soins ou pénurie d'infirmières? *Perspective infirmière*, 13(3), 45-50. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>

PUBLICATIONS

Leclerc, E., et Lavoie-Tremblay, M. (2017). Implantation d'un modèle de pratique professionnelle en soins infirmiers. *Healthcare Management Forum Gestion des soins de santé*, 20(3), 27-29. doi:[https://doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)60112-3](https://doi.org/10.1016/S0840-4704(10)60112-3)

Déry, J. (2013). *L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie : ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle* (Thèse de doctorat), Montréal : Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10843>

Doyon, O., et Longpré, S. (2016). *Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal, Qc : Pearson ERPI.

Doyon, O., et Spycher, L. (2017). *La surveillance infirmière : dernier filet de sécurité du patient*. Paris, France : Lamarre.

LOI 90

Ministère de la Justice. (2002, 24 mai). *Notes pour l'allocation du ministre responsable de l'application des lois professionnelles monsieur Paul Bégin : à l'occasion de l'assemblée générale annuelle du Conseil interprofessionnel du Québec*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Publications/allocutions/Alloc-mini_CIQ_2002-05-24.pdf

Ministère de la Justice, et Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002, 1 mai). *Des professions modernes pour des soins de santé efficaces* [Communiqué de presse]. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/04_mai%202002_Communique_projet-Loi90.pdf

Office des professions du Québec. (2003, 21 janvier). *Notes pour la présentation de Jean-K. Samson, président à l'Office des professions du Québec aux représentants du réseau de la santé*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/07_note%20allocation%20Jean-K.%20Samson_03-01-16.pdf

LOI 21

Ministère de la Justice. (2009, 18 juin). *Adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : une meilleure protection du public dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* [Communiqué de presse]. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/16_communique%2018%20juin%202009.pdf

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

AVIS DU COMITÉ DE LA FORMATION DES INFIRMIÈRES DE L'OIIQ

Comité de la formation des infirmières. (2014). *Avis sur la formation infirmière initiale et sécurité des soins*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-cfi-securite-soins-2014.pdf/cbf984ec-efad-dfad-bfe5-919dc471720f>

Comité de la formation des infirmières. (2016). *Avis sur les compétences en sécurité des patients dans la formation infirmière*. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-competences-securite-patients-ca20161006-07.pdf/f60d4174-48f5-c658-6e14-22744be3215f>

RECTIFICATIFS

Brochure de la soirée Florence

La liste des membres du comité de sélection des Prix Florence publiée dans la brochure souvenir (numéro de mai-juin 2018) était incomplète. Lors de cette 16^e édition, le comité de sélection était composé de Andrée Desmarais, inf., M. Sc., Michelle Nadon, inf., M. Sc. (A), Catherine Derval, inf., M. Sc., Odette Roy, inf. M. Sc., MAP, Ph. D., Ginette Henri, inf. M. A (gériatrie), Denise Beaulieu, Adm. A, Chantale Desbiens, inf., M. Sc., et Martine Lafleur, inf., M. Sc. *Nos excuses*.

Éditorial

L'éditorial de la présidente intitulée « Pour une pleine occupation de notre champ d'exercice » (numéro de mai-juin 2018) faisait référence à la loi 21. Celle-ci est entrée en vigueur en 2012 et non en 2009.

Chronique Mythes et réalités sur les hémorragies digestives hautes

La chronique « Mythes et réalités » publiée dans le numéro de mai-juin 2018 a pu donner l'impression d'aborder l'ensemble des hémorragies digestives hautes. Nous avons omis de préciser qu'elle ne traitait pas de celles qui sont attribuables à la rupture des varices œsophagiennes.

Fibrose kystique

L'article sur le dépistage néonatal de la fibrose kystique (FK) publié dans le numéro de janvier-février 2018 mentionnait erronément qu'une personne sur quatre au Canada est porteuse du gène mutant à l'origine de cette maladie. Il s'agit plutôt d'une sur 25.

FORMATIONS À DÉCOUVRIR EN PRÉCONGRÈS DE L'OIIQ

UN WEEK-END UNIQUE 3 ET 4 NOVEMBRE

 **7-ACFA par formation**

Nouveau prix : 169 \$
membres et étudiants

Un seul lieu
Palais des congrès
de Montréal

40 formations en salle
dont **10 exclusivités**

Joignez-vous aux
900 membres
de la profession infirmière
qui en profitent!

oiiq.org/precongres



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Former
le présent,
développer
l'avenir

Cas clinique

M^{me} MALLAT

M^{me} Mallat, âgée de 86 ans, vit dans sa maison avec son conjoint âgé de 90 ans. Elle a reçu un diagnostic de démence de type Alzheimer il y a cinq ans. Elle souffre aussi d'hypertension artérielle et d'arythmie cardiaque. Depuis trois mois, elle déambule pendant la nuit, ce qui empêche son conjoint de dormir. De plus en plus fatigué, ce dernier décide de consulter pour ce problème. Après avoir discuté avec la famille, le médecin prescrit du zolpidem (Sublinox^{MD}) à M^{me} Mallat afin de lui permettre de dormir la nuit. Elle prend aussi les médicaments suivants : timbre de rivastigmine (Exelon^{MD}) i.d.; doxazosine (Teva-Doxazosin^{MD}) i.d.; digoxine (Toloxin^{MD}) i.d.; et acétaminophène (Tylenol^{MD}) matin et soir pour des douleurs aux jambes.

Quelle est votre évaluation de sa médication? Est-elle adéquate? Quels sont les risques d'effets indésirables?

Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 COMPRENDRE

la polymédication et la pharmacovigilance.

02 RECONNAÎTRE

les effets indésirables potentiels de certains médicaments sur la santé et le bien-être des personnes âgées.

03 IDENTIFIER

les principales classes de médicaments inappropriés pour les personnes âgées.

04 SE FAMILIARISER

avec les stratégies et les outils utilisés par les infirmières pour favoriser une gestion des médicaments sécuritaire chez les personnes âgées.

par **NICOLE OUELLET, inf., Ph. D.,**
et **CAROLINE SIROIS, Pharm., Ph. D.**

La polymédication est un phénomène qui s'accroît considérablement avec le vieillissement de la population. L'Institut canadien d'information sur la santé (2014) estime que les deux tiers des personnes âgées de 65 ans et plus consomment au moins cinq classes de médicaments différents par année et 27 % en consomment au moins dix. Elles sont non seulement prédisposées à prendre plusieurs médicaments en raison de leur âge et de problèmes de santé concomitants, mais aussi sensibles à l'action et aux effets indésirables potentiels des médicaments, ce qui n'est pas sans effet sur leur santé et leur bien-être.

RÔLE INFIRMIER

L'infirmière joue un rôle important dans la surveillance de la thérapie médicamenteuse et la prévention des effets indésirables en raison de ses activités réservées de surveillance clinique et de suivi infirmier, qui font largement appel aux notions de pharmacologie. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance individuelle ou collective est aussi une activité réservée de l'infirmière (article 11 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*), mais son rôle en matière de pharmacothérapie va bien au-delà du geste technique d'administrer un médicament (Lévesque-Barbès, 2010). Devant faire partie de la surveillance clinique et du suivi infirmier, la surveillance de la thérapie médicamenteuse demande un jugement clinique, des connaissances approfondies en pharmacologie ainsi qu'une mise à jour de ces connaissances sur une base continue en raison de l'évolution rapide dans ce domaine.

Tableau 1
PHARMACOVIGILANCE ET POLYMÉDICATION : DÉFINITIONS

Pharmacovigilance

« La science et les activités relatives à la détection, à l'évaluation, à la compréhension et à la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments. »
(Organisation mondiale de la Santé, 2004)

Polymédication

« L'usage d'un trop grand nombre de médicaments par patient. »
(Organisation mondiale de la Santé, 2002)

QUELQUES DÉFINITIONS (Tableau 1)

Pharmacovigilance

« L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la pharmacovigilance comme étant « la science et les activités relatives à la détection, à l'évaluation, à la compréhension et à la prévention des effets indésirables ou de tout autre problème lié aux médicaments » (2004). La surveillance des événements indésirables est un enjeu de santé publique puisque la population âgée est particulièrement exposée à ces effets, en ce qu'ils occasionnent des hospitalisations et des visites à l'urgence – situations que l'on peut pourtant prévenir. L'infirmière, comme le médecin et le pharmacien, doit participer aux activités de pharmacovigilance et identifier les risques potentiels ainsi que les effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments.

Polymédication

Il est difficile de déterminer ce qui peut être considéré comme de la polymédication : est-ce le nombre de médicaments ou la qualité des prescriptions (optimisation de la médication prescrite qui assure un maximum de bénéfices et un minimum d'effets indésirables)? L'OMS définit la polymédication comme « l'usage d'un trop grand nombre de médicaments par patient » (2002). Fréquente chez la personne âgée, la polymédication n'est pas nécessairement inappropriée. Elle peut être justifiée par des problèmes de santé multiples qui requièrent une large pharmacothérapie. Cependant, la polymédication peut être inappropriée si le médicament n'est pas prescrit pour la bonne raison, que le bénéfice attendu n'est pas obtenu ou que les effets indésirables qu'il occasionne sont plus importants que les bénéfices qu'il procure. Les effets négatifs potentiels de l'utilisation concomitante de plusieurs médicaments, tels que la manifestation d'effets indésirables, la non-adhésion au traitement et les interactions médicamenteuses, sont bien documentés (Hajjar, Cafiero et Hanlon, 2007; Maher, Hanlon et Hajjar, 2014).

VEILLISSEMENT ET MODIFICATIONS PHARMACOCINÉTIQUES

La pharmacocinétique désigne l'étude de la variation de la concentration du médicament dans l'organisme. Les paramètres pharmacocinétiques d'un médicament (biodisponibilité, demi-vie, clairance, etc.) fournissent des informations qui permettent notamment de choisir les voies d'administration et d'adapter les posologies.

La pharmacocinétique d'un médicament varie d'une personne à l'autre et, pour une même personne, d'un moment à l'autre. De nombreux facteurs, dont l'âge, contribuent à cette variabilité. Les variations pharmacocinétiques concernent quatre étapes : l'absorption, la distribution, le métabolisme hépatique et l'élimination rénale (Tableau 2).

Absorption

L'absorption des médicaments est modifiée par le vieillissement du système gastro-intestinal qui se manifeste entre autres par un ralentissement du temps de vidange gastrique et une diminution de la sécrétion d'enzymes digestives. Par exemple, l'accroissement de la stase gastrique tend à ralentir l'absorption de certains antibiotiques, ce qui peut produire un retard dans l'obtention des concentrations maximales (Couture et Côté, 2009).

Distribution

La distribution des médicaments concerne leur répartition et leur circulation dans l'organisme. En vieillissant, le corps change, l'adiposité augmente et le pourcentage de masse maigre diminue, la quantité d'eau corporelle et la concentration d'albumine sérique diminuent également. L'augmentation de la masse adipeuse influe sur la distribution des médicaments liposolubles et accroît leur demi-vie d'élimination, ce qui augmente ainsi le risque de toxicité (Lafuente-Lafuente, Baudry, Paillaud et Piette, 2013). Le volume de distribution, qui est le reflet de la distribution d'une substance active dans l'organisme, s'élève dans le cas de médicaments liposolubles, comme les benzodiazépines, et augmente le risque de surdosage (Couture et Côté, 2009).

Métabolisme hépatique

Le métabolisme hépatique transforme la structure d'un médicament par l'activité enzymatique. Le vieillissement amène une diminution du volume et de la masse hépatique ainsi que du débit sanguin hépatique, ce qui entraîne ainsi une réduction de la capacité du foie à métaboliser les médicaments. Les médicaments demeurant disponibles plus longtemps dans le sang, les concentrations plasmatiques s'élèvent, ce qui augmente le risque d'effets indésirables et de toxicité. Par conséquent, les doses de certains médicaments, comme les benzodiazépines et les opioïdes, doivent être diminuées chez un patient âgé.

Tableau 2
VEILLISSEMENT ET EFFETS SUR L'ACTION DES MÉDICAMENTS

CHANGEMENTS PHYSIOLOGIQUES LIÉS AU VEILLISSEMENT

Ralentissement du système gastro-intestinal et réduction du système enzymatique.

Diminution de l'efficacité des reins à éliminer.

Ralentissement du métabolisme du foie.

Augmentation de la proportion du tissu adipeux et diminution de la masse musculaire.

Diminution de la quantité d'eau et des protéines plasmatiques.

EFFETS SUR L'ACTION DES MÉDICAMENTS

Ralentissement des concentrations maximales.

Demi-vie prolongée de plusieurs médicaments comme les opiacés, les hypoglycémifiants oraux et certains antibiotiques.

Augmentation de la concentration plasmatique des médicaments métabolisés par le foie, ce qui accroît le risque d'effets indésirables et de toxicité.

Augmentation de la forme active de plusieurs médicaments, augmentation de la demi-vie des médicaments liposolubles. Augmentation du risque de toxicité.

Action prolongée des médicaments liposolubles (p. ex., benzodiazépines). Action accrue des médicaments fortement liés aux protéines plasmatiques (augmentation de la fraction disponible pour l'effet)

Source : Nicole Ouellet, 2018.

Élimination rénale

L'élimination rénale est le facteur pharmacocinétique le plus prévisible chez la personne âgée. La fonction rénale diminue de 30 à 50 % entre l'âge de 20 et de 80 ans, ce qui augmente la demi-vie de plusieurs médicaments, notamment les opiacés, les hypoglycémifiants oraux, ainsi que certains bêtabloquants (Couture et Côté, 2009). Une fonction rénale diminuée nécessite un ajustement des doses de médicaments afin d'éviter la manifestation d'effets indésirables.

MÉDICATION APPROPRIÉE

Les modifications physiologiques du vieillissement et la polymédication sont les principaux facteurs responsables des effets indésirables chez les personnes âgées. D'autres facteurs identifiés dans la littérature augmentent le risque d'effets indésirables, notamment certaines classes thérapeutiques (p. ex., neuroleptiques, anticoagulants), ainsi que le nombre et le type de comorbidités (Lafuente-Lafuente et al., 2013). L'utilisation d'une médication appropriée nécessite d'avoir le bon médicament pour la bonne maladie dans les bonnes conditions (Cooper et al., 2015).

Andro, Estivin et Gentric (2012) décrivent trois types de médication inappropriée : surutilisée (*overuse*), mal utilisée (*misuse*) ou sous-utilisée (*underuse*).

Surutilisation

La surutilisation décrit un médicament ou un traitement prescrit en l'absence d'une indication valable, sans preuve de son efficacité, en surdose, en duplication ou encore pour une durée excessive. Un antibiotique prescrit pour une infection virale (alors qu'il n'est requis que pour une infection bactérienne) est un exemple de surutilisation.

Mauvaise utilisation

La médication mal utilisée est donnée pour la mauvaise raison et peut produire plus de dommages que de bénéfices à la personne âgée. Il peut s'agir d'une prescription qui ne constitue pas le meilleur choix, qui peut présenter des erreurs de dosage ou de durée de traitement, ou encore qui comporte des risques d'interaction médicamenteuse. Les erreurs dans le choix des médicaments, les erreurs de dosage ainsi que le recours à un médicament non approprié au problème de santé à traiter font partie de cette catégorie. En somme, la mauvaise utilisation est la prescription de médicaments

dont les risques sont en défaveur du patient. Ainsi, certaines prescriptions sont potentiellement indiquées pour les personnes âgées, mais le risque encouru est supérieur au bénéfice attendu (Andro et al., 2012). Nous verrons plus loin la liste des médicaments considérés comme potentiellement inappropriés selon les critères de Beers (2015).

Sous-utilisation

La sous-utilisation survient lorsqu'un médicament disponible et jugé efficace n'est pas prescrit ou qu'il est prescrit à une dose insuffisante. Par exemple, un patient qui souffre d'une embolie pulmonaire qui ne recevrait pas un traitement d'anticoagulant à l'urgence. La sous-utilisation inclut les notions de sous-prescription, mais aussi de dosage insuffisant et de mauvais diagnostic (Andro et al., 2012).

USAGE OPTIMAL DU MÉDICAMENT

Au Québec, le concept d'usage optimal du médicament est souvent utilisé pour parler de médication appropriée. L'usage optimal est défini comme « l'usage qui maximise les bienfaits et réduit les risques pour la santé de la population en tenant compte des diverses options possibles, des coûts et des ressources disponibles, des valeurs des patients et des valeurs sociales » (Desmarais et Robitaille, 2010). L'usage optimal est une responsabilité partagée entre les prescripteurs, les professionnels de la santé – dont l'infirmière –, les fabricants, les régulateurs et les patients (Desmarais et Robitaille, 2010).

Dans l'exercice de ses activités de pharmacovigilance, l'infirmière doit s'assurer que les médicaments prescrits sont appropriés pour assurer la sécurité des patients et particulièrement celle des personnes âgées, puisque ces dernières sont plus à risque d'avoir des prescriptions non ajustées selon leur âge.

« Le rôle de l'infirmière dans l'administration d'un médicament ne se limite pas au geste d'administrer; il comprend, entre autres, l'évaluation de l'état de santé du client, la prise de décision clinique d'administrer ou non le médicament, la vérification des interactions médicamenteuses, la surveillance clinique du client pendant et après l'administration, la prévention et la détection [...] des effets indésirables et, finalement, l'évaluation des effets du médicament sur le client » (Durand, Brodeur, Gagnon, Maillé et St-Onge, 2011) (Tableau 3).

Tableau 3
RESPONSABILITÉS DE L'INFIRMIÈRE EN MATIÈRE DE PHARMACOVIGILANCE

Avoir les connaissances suffisantes sur le médicament

La classe du médicament, son mécanisme d'action, ses effets indésirables, les réactions thérapeutiques, les conditions d'administration, les doses usuelles, les contre-indications et les interactions médicamenteuses.

Clarifier des ordonnances

Toute situation de doute quant à une ordonnance doit être clarifiée auprès du médecin ou du pharmacien (ordonnance illisible, incomplète, dosage inhabituel, médicament inapproprié ou autre situation jugée problématique).

Respecter les « 5 bons »

- ✓ Bon médicament
- ✓ Bonne dose
- ✓ Bonne voie d'administration
- ✓ Bon moment
- ✓ Bon client

Utiliser la méthode de soins appropriée et la règle de soins infirmiers

Le respect des principes de préparation des médicaments et de leur méthode d'administration.

Effectuer l'évaluation et la surveillance en lien avec le champ d'exercice et les activités réservées suivantes :

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.
- Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.

Inscrire au dossier l'information exacte et précise sur le médicament

Consigner adéquatement au dossier la bonne information et faire le suivi au plan thérapeutique infirmier (PTI), car les imprécisions peuvent mener à des erreurs de médicaments.

Source : Truchon, 2004; OIQ, 2016.

Tableau 4
PRINCIPALES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS ASSOCIÉES À DES RÉACTIONS INDÉSIRABLES AUX MÉDICAMENTS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

CATÉGORIE DE MÉDICAMENTS	USAGES COURANTS	EFFETS INDÉSIRABLES ENTRAÎNANT UNE HOSPITALISATION	PROPORTION DES HOSPITALISATIONS DUES AUX EFFETS INDÉSIRABLES
Anticoagulants	Prévention des problèmes cardiaques (embolie, infarctus, etc.)	Saignement, hémorragie	12,6 %
Antinéoplasiques	Cancer	Neutropénie	12,1 %
Opioides et analgésiques connexes	Gestion de la douleur	Constipation, désorientation, nausées, delirium	7,4 %
AINS* (à l'exclusion des salicylates)	Arthrite, gestion de la douleur, inflammation	Ulcère de l'estomac avec hémorragie, saignement	4,9 %
Antagonistes des récepteurs bêta adrénergiques, non classés ailleurs	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle et angine	Bradycardie	4,6 %
Autres diurétiques (non thiazidiques)	Insuffisance cardiaque, hypertension artérielle	Hypo-osmolalité et hyponatrémie	3,6 %
Dérivés de la benzothiadiazine (diurétiques thiazidiques)	Hypertension artérielle	Hypo-osmolalité et hyponatrémie	3,2 %
Glucosides cardiotoniques et médicaments d'action similaire (p. ex., digoxine)	Insuffisance cardiaque, arythmie (pouls irrégulier)	Bradycardie	3,1 %
Antipsychotiques	Symptômes de démence, schizophrénie, trouble bipolaire	Désorientation, léthargie	2,7 %

Source : ICIS, 2013.

EFFETS INDÉSIRABLES

Un effet indésirable est un effet non souhaité pour l'objectif thérapeutique visé par l'utilisation d'un médicament donné (Cambourieu, Gagné, Ganache, Motulsky et Bélisle Pilon, 2014). On estime que les effets indésirables surviennent beaucoup plus souvent chez les personnes de plus de 65 ans. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2013), jusqu'à 25 % des admissions à l'urgence seraient liées à des médicaments. Une étude canadienne révèle que le coût des visites aux urgences et des admissions à l'hôpital attribuables à des réactions indésirables aux médicaments s'élève à 35,7 millions de dollars par année au Canada (Wu, Bell et Wodchis, 2012). Parmi les effets indésirables, on retrouve les effets secondaires, les effets toxiques, l'hypersensibilité et l'idiosyncrasie (Grenier, 2003).

Le coût des visites aux urgences et des admissions à l'hôpital liées aux réactions indésirables aux médicaments s'élève à environ 35,7 millions de dollars par année au Canada.

Effet secondaire

L'effet secondaire est un effet non attendu qui accompagne l'effet thérapeutique. Les effets secondaires des médicaments sont liés à la dose administrée et à la sensibilité des récepteurs. Un effet secondaire n'est pas en lien avec l'effet thérapeutique recherché. Il peut occasionner des symptômes non désirés comme la constipation, l'hypotension orthostatique, les étourdissements, la fatigue, la somnolence, les nausées et les vomissements. Cependant, l'effet secondaire peut aussi être recherché. C'est le cas par exemple de l'effet secondaire antidiarrhéique d'un antiacide. Dans cet article, pour éviter l'ambiguïté des termes, nous utiliserons l'expression « effet indésirable » pour désigner tout effet thérapeutique non recherché.

Effet toxique

L'effet toxique désigne un effet indésirable qui survient en raison d'une dose de médicaments trop élevée allant au-delà de l'effet thérapeutique. Une personne âgée aux prises avec de l'hypotension et des étourdissements à la suite d'une nouvelle prescription d'antihypertenseur dont la dose est trop élevée en subit alors les effets toxiques.

Hypersensibilité

L'hypersensibilité est une réaction indésirable associée à une réaction immunologique. Une réaction allergique à un produit médicamenteux peut sembler anodine, par exemple s'il s'agit d'une réaction cutanée, mais peut aussi être dangereuse comme dans le cas d'un choc anaphylactique ou d'un bronchospasme. Certains antibiotiques, notamment, peuvent occasionner ce genre de réaction immunologique.

Idiosyncrasie

L'idiosyncrasie est une manifestation imprévisible et inexpliquée qui suit l'absorption d'un médicament. Cet effet indésirable, rare, peut se manifester chez certaines personnes ayant des particularités génétiques ou une sensibilité particulière au médicament.

L'infirmière, tout comme le médecin et le pharmacien, doit participer aux activités de pharmacovigilance et identifier les risques potentiels ainsi que les effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments.

MÉDICAMENTS À SURVEILLER ÉTROITEMENT

Certains médicaments occasionnent plus d'effets indésirables par leur nature. L'ICIS (2013) rapporte que les anticoagulants sont les médicaments les plus souvent associés à des hospitalisations attribuables à des réactions indésirables, principalement en raison des saignements qu'ils peuvent provoquer (Tableau 4). La warfarine soulève un défi en raison de sa marge thérapeutique étroite (faible différence entre la dose thérapeutique et la dose toxique) qui exige un suivi minutieux. Les nouveaux anticoagulants, ou anticoagulants oraux directs, quant à eux, entraînent des réponses plus uniformes et exigent un suivi moins strict. Cependant, ils ne réduisent pas le risque de saignement de façon significative, comparativement à un traitement de warfarine étroitement surveillé. Parmi les autres médicaments le plus souvent responsables des hospitalisations liées aux effets indésirables des médicaments, on retrouve les antinéoplasiques, ainsi que les opioïdes et les autres analgésiques (ICIS, 2013). Les antinéoplasiques entraînent de la neutropénie, tandis que les opioïdes sont associés à de la constipation, de la désorientation et parfois à du delirium.

Les personnes âgées qui consomment un grand nombre de médicaments sont plus susceptibles d'être hospitalisées en raison d'effets indésirables. L'ICIS (2013) a comparé des personnes âgées



M^{me} Mallat fait une chute

Une semaine après la visite chez le médecin, Mme Mallat est tombée alors qu'elle déambulait dans la maison pendant la nuit. Son conjoint a appelé le 911. Elle a une ecchymose au front, mais aucune fracture n'est décelée. Elle est hospitalisée en gériatrie et l'infirmière doit faire une évaluation de son état de santé, incluant une évaluation de sa médication.

Selon les critères de Beers, quels médicaments doit-on remettre en question?

Tableau 5
EXEMPLES DE MÉDICAMENTS À ÉVITER CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES SELON LES CRITÈRES DE BEERS

CLASSE	EXEMPLE DE MÉDICAMENTS À ÉVITER	EFFETS INDÉSIRABLES
Antihistaminiques de première génération	Benadryl ^{MD}	Augmente risque de confusion, de constipation et autres effets anticholinergiques (sécheresse des muqueuses, agitation, désorientation, dépression respiratoire, baisse de la mémoire à court terme, troubles visuels, tachycardie, rétention urinaire, etc.).
Antispasmodiques	Scopolamine	Épaississement des sécrétions bronchiques, palpitations, accélération du rythme cardiaque, constipation, confusion, délire et autres effets anticholinergiques.
Antidépresseurs tricycliques	Amitriptyline, Clomipramine	Sédation, hypotension orthostatique, effets anticholinergiques importants.
Antipsychotiques de première génération (typique) Antipsychotiques de deuxième génération (atypique)	Halopéridol (Haldol ^{MD}) Rispéridone (Risperdal ^{MD}) Quétiapine (Seroquel ^{MD})	Augmente risque d'AVC, risque de déclin cognitif, delirium, sédation et autres effets anticholinergiques.
Alpha-bloquants	Clonidine	Risque important d'effets indésirables comme bradycardie et hypotension orthostatique.
Benzodiazépines	Lorazépam, oxazépam	Augmente les risques de déclin cognitif, risque de delirium et dépendance. Associé à des chutes, fractures, accidents de la route.
Glycosides cardiotoniques	Digoxine (Toloxin ^{MD} , Lanoxin ^{MD})	Associé à une augmentation de la mortalité. Risque de toxicité, surtout pour les patients avec des problèmes rénaux. Il existe d'autres solutions à ce médicament.
Médicaments pour le traitement de différents problèmes gastro-intestinaux	Inhibiteurs de la pompe à proton	Associé à des infections (<i>Clostridium difficile</i>) et à des fractures.
Médicaments anti-douleur	Mépipéridine (Demerol ^{MD})	Risque de neurotoxicité, delirium.
	Aspirine, Ibuprofène	Risque accru de saignement et d'ulcères.
Relaxants musculaires	Cyclobenzaprine (Flexeril ^{MD})	Effets anticholinergiques, sédation, risque de fracture.

Source : American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015.

qui consomment moins de cinq médicaments à celles qui en consomment 15 et plus. Le pourcentage d'hospitalisations associé aux effets indésirables est 10 fois plus élevé chez les personnes âgées ayant 15 prescriptions de médicaments et plus. Bon nombre de personnes âgées doivent prendre plusieurs médicaments pour composer avec divers problèmes de santé et maladies chroniques. Cependant, le recours à un grand nombre de médicaments est associé à un risque plus élevé de réactions non désirées. Une évaluation périodique des médicaments par le médecin, le pharmacien et l'infirmière contribue à réduire les risques d'effets indésirables et d'hospitalisations associées à ces réactions non désirées.

BILAN COMPARATIF DES MÉDICAMENTS (BCM)

Afin de réduire les risques d'effets indésirables, plusieurs outils ont été mis à la disposition des professionnels de la santé. Le bilan comparatif des médicaments (BCM) est l'un d'eux. L'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients (ISMP) du Canada décrit le BCM comme « un processus formel au cours duquel les professionnels de la santé travaillent de concert avec les patients, leur famille

et les autres professionnels de la santé afin que des renseignements précis et exhaustifs sur les médicaments soient systématiquement communiqués à chaque transfert de soins » (ISMP Canada, 2016). Durant ce processus, une analyse systématique de l'ensemble des médicaments pris par la personne âgée est réalisée pour s'assurer d'une médication optimale.

Le BCM vise également à prévenir les risques d'erreurs de médicaments et d'effets indésirables. Il veille à la vérification, documente les changements de pharmacothérapie et permet au prescripteur de prendre des décisions adéquates pour le patient. Le processus de BCM commence par l'obtention d'une liste complète des médicaments pris par la personne à son domicile. Cette liste doit comprendre le nom, la posologie, la fréquence d'utilisation et la voie d'administration du médicament. Elle doit être utilisée pour la rédaction d'ordonnances à l'admission, au transfert et au congé de la personne. Le cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, en vigueur dans les établissements, recommande de recourir au BCM pour réduire les erreurs de médicaments (Kergoat, Dupras, Juneau, Bourque et Boyer, 2011).

Voici ce que mentionne ce cadre de référence au sujet du BCM : il « permet d'identifier et de rectifier les erreurs médicamenteuses à l'interface des soins, c'est-à-dire lors de l'admission, du transfert d'unité de soins ou d'établissement de santé, et lors du congé. [Il s'agit d'] une méthode systématique de double vérification du régime médicamenteux lors des transitions : tout professionnel de la santé qualifié peut entreprendre le processus de réconciliation médicamenteuse; les pharmaciens cliniciens et les infirmières sont plus fréquemment visés ».

L'infirmière joue un rôle important non seulement dans l'identification des problèmes potentiels et des divergences entre les ordonnances, mais aussi dans la communication qu'elle fait au médecin dans le but de corriger toute situation problématique (ISMP Canada, 2016). Il peut y avoir divergence entre les ordonnances lorsque la liste de médicaments que prend le patient est différente de celle notée à son dossier.

OUTILS STANDARDISÉS

Il existe plusieurs outils qui répertorient les médicaments à prescrire ou à ne pas prescrire. Les plus connus sont les critères de Beers, l'outil STOPP-START (Barry, Gallagher, Ryan et O'Mahony, 2007), l'outil IPET (Improved Prescribing in the Elderly Tool) (Naugler, Brymer, Stolee et Arcese, 2000) et l'outil MAI (Medication Appropriateness Index) (Hanlon et al., 1992). Aux fins dans cet article, nous nous intéresserons uniquement aux critères de Beers.

Critères de Beers

En 1991, le gériatre Mark H. Beers est le premier à établir une liste de critères explicites visant à cibler les médicaments inappropriés pour les personnes âgées, une liste qui a été révisée et ajustée par les experts à plusieurs reprises (Beers et al., 1991). La dernière révision a été réalisée en 2015 par un panel d'experts formé de pharmaciens, de médecins, d'infirmières praticiennes et d'infirmières (American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015). Cette mise à jour, qui comprend la liste des médicaments identifiés à risque, est accessible sur le site web de l'American Geriatric Society. Une nouvelle révision est prévue en 2018.

La liste de Beers est divisée en trois catégories de recommandations selon les données probantes : les médicaments fortement inappropriés, ceux qui sont faiblement inappropriés et ceux pour lesquels les preuves sont jugées insuffisantes pour les considérer inappropriés. L'article présente plusieurs tableaux utiles décrivant les médicaments à éviter chez les personnes âgées, les médicaments potentiellement inappropriés chez les patients ayant certains problèmes de santé; et les médicaments qui requièrent certaines précautions (American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015). En tout, une cinquantaine de médicaments potentiellement non appropriés y sont répertoriés. Le **Tableau 5** présente quelques exemples tirés de la liste de Beers de 2015.

Tableau 6
ÉTAPES À SUIVRE AFIN D'OPTIMISER LA MÉDICATION D'UNE PERSONNE ÂGÉE

ÉTAPES	POINTS À CONSIDÉRER
1. Vérifier tous les médicaments pris par la personne âgée : médicaments avec ordonnance, médicaments sans ordonnance (en vente libre) et produits dits naturels.	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'adhésion thérapeutique. L'une des méthodes suggérées consiste à demander à la personne d'apporter tous ses médicaments lors de la consultation. Obtenir le nom, le dosage et la fréquence réels des médicaments prescrits et non prescrits pris à la maison (en vente libre et produits dits naturels), les médicaments d'un autre membre de la famille pris occasionnellement et ceux qui ont été cessés il y a plusieurs années, mais qui ont été repris dernièrement sans en aviser le médecin. Vérifier la fidélité au traitement et identifier les barrières à la prise de médicaments.
2. Évaluer les risques d'effets indésirables médicamenteux.	<p>Le risque augmente si :</p> <ul style="list-style-type: none"> nombre élevé de médicaments; antécédents d'effets indésirables médicamenteux; présence de plusieurs maladies; présence d'une maladie rénale ou hépatique; présence d'insuffisance cardiaque; prise de certains médicaments comme : anticoagulant, hypoglycémiant, psychotrope, digoxine, nitrate, vasodilatateur, anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS); troubles cognitifs ou psychologiques; antécédents de non-adhésion thérapeutique ou d'abus de substances.
3. Estimer l'espérance de vie.	Déterminer l'âge, le nombre de problèmes de santé, le niveau fonctionnel et le seuil de fragilité dans le traitement médicamenteux. On ne devrait pas prescrire un médicament qui n'a pas d'effet à court terme à une personne dont l'espérance de vie est limitée.
4. Déterminer l'objectif thérapeutique en fonction de facteurs individuels et des objectifs thérapeutiques à atteindre.	<ul style="list-style-type: none"> Facteurs à considérer : espérance de vie, niveau fonctionnel, qualité de vie, priorités de la personne et de ses proches. Tenir compte également des objectifs thérapeutiques de la personne : prévention primaire ou secondaire de la maladie, prolongement de la vie, amélioration des capacités fonctionnelles, soulagement des symptômes. Soupeser les avantages et les inconvénients du traitement.
5. Déterminer si les médicaments consommés sont toujours adéquats.	<ul style="list-style-type: none"> Faire une mise à jour en vérifiant si chaque médicament est en lien avec le diagnostic pour lequel il a été prescrit et en déterminant si l'indication est toujours adéquate. Est-ce que le médicament correspond aux lignes directrices actuelles? Par exemple, des personnes âgées de plus de 75 ans prennent-elles des statines alors que les lignes directrices canadiennes indiquent qu'elles ne devraient pas être prescrites en prévention primaire chez les personnes de 75 ans et plus (Alan et al., 2015).
6. Déterminer le temps nécessaire à l'apparition des bienfaits de la pharmacothérapie.	Concerne davantage les médicaments prescrits en prévention primaire et secondaire. Par exemple, la prescription de bisphosphonates en prévention des fractures d'ostéoporose à une personne dont l'espérance de vie est de 12 mois n'est pas utile, puisque l'effet thérapeutique se manifeste à long terme.
7. Évaluer le rapport bénéfice-risque du médicament.	Quel est le risque de donner un médicament par rapport aux bénéfices qu'il apportera? Par exemple, évaluer les bénéfices de réduire les accidents vasculaires à l'aide d'un anticoagulant par rapport au risque de saignement.
8. Évaluer l'utilité de chaque médicament.	Identifier les médicaments non requis ou dont l'efficacité n'est pas démontrée chez les personnes âgées. Voir critères de Beers ou autre outil qui établit la liste des médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées.
9. Identifier les médicaments à cesser ou dont la dose devrait être réduite.	Identifier les problèmes potentiels liés à la prise de médicaments (syndromes gériatriques, symptômes ou effets indésirables).
10. Assurer un suivi.	Évaluer régulièrement les prescriptions en fonction de l'état de santé de la personne âgée.

Adaptation de Scott et al., 2012.

Tableau 7

SUIVI INFIRMIER POUR FAVORISER UN USAGE OPTIMAL DE LA MÉDICATION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE À DOMICILE

Capacités de la personne âgée et du proche aidant	<ul style="list-style-type: none"> • Valider la capacité à lire les étiquettes sur les flacons de médicaments. • Valider la capacité à ouvrir les contenants et à prendre ses médicaments à la bonne heure et avec le bon dosage. • Impliquer les proches tout en respectant la volonté de la personne âgée dans l'observation des effets indésirables et des résultats attendus par la médication, et fournir de la documentation au besoin.
Connaissances de la personne âgée et du proche aidant	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les connaissances sur les effets attendus des médicaments et les réactions indésirables qui peuvent survenir. Ces indications sont parfois difficiles à comprendre pour la personne âgée, particulièrement celles en perte d'autonomie. Les piluliers sont utiles pour favoriser l'auto-administration, mais n'ajoutent rien à la compréhension qu'a la personne âgée de l'utilité de son médicament.
Motivation de la personne âgée et du proche aidant	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la volonté et la motivation de la personne à prendre ses médicaments selon l'ordonnance. • Évaluer l'adhésion au traitement pharmacologique. Évaluer les raisons s'il y a un problème d'adhésion au traitement.
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des effets indésirables des médicaments. • Surveillance des symptômes extrapyramidaux : akathisie (bougeotte), dystonie (raideur musculaire), akinésie (mouvements rares et lents), tremblements si consommation de médicaments antipsychotiques. • Surveillance des effets anticholinergiques (sécheresse de la bouche, vision trouble, constipation, rétention urinaire, nausées, troubles gastro-intestinaux et confusion). • Surveillance de la prise de médicaments (adhésion au traitement et capacité à prendre ses médicaments de façon adéquate). • Vérification des interactions médicamenteuses possibles ou interactions avec l'alimentation. • Surveillance des médicaments non recommandés aux personnes âgées. (Consulter la liste de Beers ou une autre liste recommandée par votre établissement.)
Enseignement	<ul style="list-style-type: none"> • Informer la personne âgée sur l'usage de ses médicaments, les effets thérapeutiques, les effets indésirables, le dosage et la prise de médicaments, et ce, pour favoriser l'autogestion sécuritaire. • Fournir de l'information écrite concernant les médicaments prescrits. • Informer la personne de ses droits et de ses choix, y compris le droit de refuser un traitement pharmacologique et de cesser certaines médications.
Suivi auprès du médecin et du pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le suivi auprès du médecin et du pharmacien pour un usage optimal de la médication.



La Vigile

Maison de thérapie spécialisée pour les personnes portant l'uniforme

Policiers - paramédics - agents services correctionnels - pompiers - infirmiers - militaires - anciens combattants - professionnels de la santé - et les membres de leur famille.

Nouveau point de service à SHERBROOKE

Ouverture le 14 janvier 2019

TRAITEMENTS :

- 1 - Dépendance
- 2 - Dépression
- 3 - Post-trauma
- 4 - Anxiété
- 5 - Répit
- 6 - Gestion des émotions



*Reconnue par toutes les compagnies d'assurances (ainsi que Croix bleue)

Vous n'êtes pas seul.

D'autres ont surmonté leurs difficultés.

Contactez-nous au :

Québec – Tél. : 581 742-7001

Sans frais – 24h / 24h : 1 888 315-0007

www.lavigile.qc.ca

Plusieurs médicaments sont également à utiliser avec précaution. Outre les médicaments mentionnés au **Tableau 5**, la liste de Beers cible d'autres médicaments à utiliser avec précaution : certains anticonvulsivants (tels que la carbamazépine), les vasodilatateurs, l'aspirine utilisée en prévention primaire de problèmes cardiovasculaires, ainsi que le dabigatran et le prasugrel en raison des risques de saignement.

ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Pour établir une stratégie d'optimisation de la médication et réduire les médicaments inappropriés, Scott et ses collègues (2012) proposent une démarche en 10 étapes (**Tableau 6**).

La surveillance de la pharmacothérapie est un travail d'équipe de l'infirmière, du médecin et du pharmacien, chacun ayant ses responsabilités pour favoriser l'usage optimal des médicaments. L'infirmière doit questionner le médecin et le pharmacien en cas de doute relativement à la médication des patients qu'elle soigne. Il peut arriver qu'un médicament ne soit plus requis, qu'il occasionne des effets indésirables, ou que la personne âgée ne désire plus prendre ce médicament jugeant qu'il ne lui procure pas les effets thérapeutiques escomptés ou qu'il occasionne trop d'effets indésirables. Dans ces situations, l'infirmière doit communiquer avec le médecin en vue, le cas échéant, que soient apportées des modifications à la prescription afin de favoriser le bien-être de la personne âgée. Une déprescription peut s'avérer nécessaire dans le cas de médicaments dont les effets indésirables surpassent les effets thérapeutiques.

La déprescription est le processus de retrait d'une médication inappropriée, supervisé par un professionnel de la santé, dans le but de gérer la polypharmacie et d'améliorer les résultats de santé (Reeve, Gnjudic, Long et Hilmer, 2015). Les interventions infirmières visent essentiellement un équilibre entre les effets bénéfiques et les effets indésirables des médicaments pour atteindre un effet optimal et ainsi améliorer les résultats de santé.

VOS INTERVENTIONS

Le fait que M^{me} Mallat déambule la nuit vous laisse supposer qu'elle est au stade avancé de la maladie d'Alzheimer. La prescription de rivastigmine, indiquée pour atténuer les symptômes d'intensité légère à modérée de cette maladie, pourrait être remise en question. Les données probantes donnent peu d'indications sur son efficacité, surtout au stade avancé (Birks, Chong et Grimley Evans, 2015).

Médicaments de M^{me} Mallat inappropriés selon la liste de Beers :

- Le zolpidem est un agent hypnotique apparenté aux benzodiazépines. Il peut occasionner des chutes et de la désorientation.
- La doxazosine fait partie des antihypertenseurs à haut risque de provoquer de l'hypotension orthostatique. Elle n'est pas recommandée comme traitement de routine de l'hypertension artérielle.
- La digoxine ne constitue pas non plus un premier choix dans le traitement de la fibrillation auriculaire. Comme il existe des solutions de rechange à ce médicament, la pertinence de prescrire un autre produit devrait être évaluée si un traitement est toujours indiqué.

Cas clinique

M^{me} MALLAT

Suivi

Vous assurez le suivi auprès du médecin afin d'optimiser sa médication. Les médicaments inappropriés seront cessés et remplacés par d'autres, au besoin; vous évaluez sa condition physique en continu afin que son traitement pharmacologique demeure optimal. Enfin, vous ferez les démarches nécessaires pour qu'elle obtienne les soins requis par sa condition lorsqu'elle retournera chez elle.

AUTOGESTION DE LA MÉDICATION PAR LA PERSONNE ÂGÉE

Les personnes âgées qui vivent à domicile gèrent leur médication pour la plupart ou obtiennent de l'aide d'un proche aidant. Certaines personnes âgées ne comprennent pas bien les médicaments qu'elles consomment et s'en remettent complètement au médecin. L'infirmière doit travailler en partenariat avec la personne âgée et ses proches pour favoriser un usage optimal de sa médication (Tableau 7). Évaluer les capacités et les limites du patient ou du proche aidant est primordial, de même que faire l'enseignement nécessaire à la personne âgée ou à ses proches.

CONCLUSION

Avec le nombre croissant de nouvelles molécules pharmacologiques, la polymédication est devenue un problème de santé publique qui touche une proportion importante des personnes âgées. Compte tenu du vieillissement de la population, les activités cliniques infirmières en matière d'utilisation optimale des médicaments ne peuvent qu'être bénéfiques pour la santé et le bien-être des personnes âgées. L'infirmière doit avoir les connaissances suffisantes pour reconnaître les médicaments inappropriés chez les personnes âgées ainsi que les effets thérapeutiques et les effets indésirables des médicaments. Elle doit également faire l'évaluation de la situation pharmacologique et assurer un suivi adéquat auprès du médecin et du pharmacien afin d'optimiser l'usage de médicaments chez les personnes âgées qu'elle soigne. Le partenariat avec la personne âgée et la famille se révèle une condition essentielle pour une utilisation optimale de ses médicaments. •



Plaisir

Nature

La Gaspésie recrute des infirmières et des infirmiers

Joins-toi à notre équipe!

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

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie

Québec

LES AUTEURES

NICOLE OUELLET
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski.

CAROLINE SIROIS
Pharm., Ph. D.

Professeure à la Faculté de médecine (département de médecine sociale et préventive), de l'Université Laval.

RÉFÉRENCES

Allan, G. M., Lindblad, A. J., Comeau, A., Coppola, J., Hudson, et al. (2015). Lignes directrices simplifiées sur les lipides. Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires en soins primaires. *Le Médecin de famille canadien*, 61, e439-e450. Repéré à <http://www.cfp.ca/content/cfp/61/10/e439.full.pdf>

American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. (2015). American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227-2246.

Andro, M., Estivin, S. et Gentic, A. (2012). Prescriptions médicamenteuses en gériatrie : overuse (sur-utilisation), misuse (mauvaise utilisation), underuse (sous-utilisation). Analyse qualitative à partir des ordonnances de 200 patients entrant dans un service de court séjour gériatrique. *La Revue de médecine interne*, 33(3), 122-127.

Barry, P. J., Gallagher, P., Ryan, C., et O'Mahony, D. (2007). START (Screen Tool to Alert doctors to the Right Treatment)—An evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age and Ageing*, 36(6), 632-638.

Beers, M. H., Ouslander, J. G., Rollingher, I., Reuben, D. B., Brooks, J. et Beck, J. C. (1991). Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, 151(9), 1825-1832.

Birks, J. S., Chong, L. Y. et Grimley Evans, J. (2015). Rivastigmine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD001191).

Cambourieu, C., Gagné, V., Ganache, I., Motulsky, A. et Bélisle Pilon, J.-C. (2014). Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec. Gouvernement du Québec : Commissaire à la santé et au bien-être.

Canadian Institute for Health Information. (2014). *Drug use among seniors on public drug programs in Canada, 2012; revised 2014*. Ottawa, ON : CIHI.

Cooper, J. A., Cadogan, C. A., Patterson, S. M., Kerse, N., Bradley, M. C., Ryan, C. et Hughes, C. M. (2015). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: A Cochrane systematic review. *BMJ Open*, 5(12), e-009235.

Couture, J. A. et Côté, M. (2009). La polypharmacie chez les personnes âgées. *Le Médecin du Québec*, 44(1), 45-50.

Desmarais, M. et Robitaille, L. (2010). L'usage optimal des médicaments, c'est l'affaire de tous [Éditorial]. *CMD Express : Bulletin du Conseil du médicament*, 7(2), 1-3.

Durand, S., Brodeur, J., Gagné, N., Maillé, L. et St-Onge, J. (2011). *VIP - Vigilance infirmière en pharmacothérapie*. Guide d'évaluation et de surveillance clinique des effets des médicaments. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Grenier, L. (2003). Les interactions médicamenteuses. Dans L. Mallet, L. Grenier, J. Guimond et G. Barbeau (dir.), *Manuel de soins pharmaceutiques en gériatrie* (p. 129-152). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Hajjar, E. R., Cafiero, A. C. et Hanlon, J. T. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(4), 345-351.

Hanlon, J. T., Schmader, K. E., Samsa, G. P., Weinberger, M., Uttech, K. M., Lewis, I. K., ... Feussner, J. R. (1992). A method for assessing drug therapy appropriateness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(10), 1045-1051.

Institut canadien d'information sur la santé. (2013). *Hospitalisations liées aux réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées, de 2006 à 2011*. Ottawa, ON : ICIS.

Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada. (2016). *Bilan comparatif des médicaments (BCM)*. Toronto, ON : ISMP Canada. Repéré à <https://www.ismp-canada.org/fr/BCM.htm>

Kergoot, M. J., Dupras, A., Juneau, L., Bourque, M. et Boyer, D. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier - Cadre de référence*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux - Direction des communications. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

Lafuente-Lafuente, C., Baudry, E., Paillaud, E. et Piette, F. (2013). [Clinical pharmacology and aging]. *Presse Médicale (Paris, France)*, 143(2), 171-180.

Lévesque-Barbès, H. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Maher, R. L., Hanlon, J. et Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57-65.

Naugler, C. T., Brymer, C., Stolee, P. et Arcese, Z. A. (2000). Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology/Journal Canadien de Pharmacologie Clinique*, 7(2), 103-107.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). Administration des médicaments ou d'autres substances. Dans *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.-PDF), (p. 60-62). Montréal : OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2002). Promouvoir l'usage rationnel des médicaments : éléments principaux. *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, (5), 1-6. Repéré à <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4873f/s4873f.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2004). Pharmacovigilance : assurer la sécurité d'emploi des médicaments. *Perspectives politiques de l'OMS sur les médicaments*, (9), 1-6. Repéré à <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6165f/s6165f.pdf>

Reeve, E., Gnjidic, D., Long, J. et Hilmer, S. (2015). A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: Implications for future research and clinical practice. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 80(6), 1254-1268.

Scott, I. A., Gray, L. C., Martin, J. H. et Mitchell, C. A. (2012). Minimizing inappropriate medications in older populations: A 10-step conceptual framework. *The American Journal of Medicine*, 125(6), 529-537.

Truchon, S. (2004). L'administration de médicaments : rappel des obligations déontologiques. *Le Journal*. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/deontologie/chroniques/administration-de-medicaments-rappel-des-obligations-deo>

Wu, C., Bell, C. M. et Wodchis, W. P. (2012). Incidence and economic burden of adverse drug reactions among elderly patients in Ontario emergency departments: A retrospective study. *Drug Safety*, 35(9), 769-781.

 formation continue



NOUVEAUTÉ

Ménopause

En ligne  5-ACFA 55 \$

Inscrivez-vous
oiiq.org/formation

Acheter une maison grâce à l'assurance prêt hypothécaire.

Saviez-vous que l'assurance prêt hypothécaire peut vous permettre de concrétiser l'achat d'une maison avec seulement 5% de mise de fonds? Voici comment y parvenir.

Quelle est la différence entre cette assurance et celle proposée par votre banque?

Il est important de ne pas mélanger l'assurance prêt hypothécaire avec l'assurance vie, l'assurance invalidité ou l'assurance maladie grave sur un prêt hypothécaire. Le premier produit d'assurance s'adresse aux prêteurs, même s'il est généralement payé par les emprunteurs. Quant aux trois autres, ils sont contractés par l'emprunteur (c'est-à-dire vous) afin de couvrir votre prêt en cas de décès, d'invalidité ou de maladies graves.

Qu'est-ce qu'une assurance prêt hypothécaire?

Il s'agit d'une assurance qui protège les prêteurs tout en permettant aux consommateurs d'acheter une propriété même s'ils ne disposent que de 5% du prix d'achat. En fait, si l'acheteur n'est pas en mesure de fournir une mise de fonds correspondant à 20% ou plus du prix de la propriété convoitée, les institutions bancaires sont tenues, selon la Loi sur les banques, de faire assurer le prêt. Cette obligation, qui s'applique à tous les Canadiens, fait notamment en sorte d'augmenter la marge de manœuvre de potentiels acheteurs.

Lorsque vous êtes couvert par l'assurance prêt hypothécaire, une banque est capable de faire une réclamation pour retrouver l'argent qu'elle vous a prêté. Cela allège donc d'un certain risque lorsque vous faites votre première demande hypothécaire.

À qui s'adresse l'assurance prêt hypothécaire?

Elle vous concerne si vous planifiez acheter une maison unifamiliale, un condominium, une maison usinée ou mobile, un duplex, etc. Pour autant que vous détenez entre 5% et 19% de

la mise de fonds requise pour acquérir la propriété convoitée.

Quels sont les avantages?

Ne vous arrêtez pas seulement à la prime d'assurance à payer; pensez plutôt aux bénéfices à long terme: les conditions d'emprunt et le taux d'intérêt. Grâce à l'assurance prêt hypothécaire, les risques pour les établissements prêteurs se trouvent réduits. Ainsi, les institutions financières sont en mesure de proposer de meilleures conditions d'emprunt et un taux plus avantageux.

Qui offre l'assurance prêt hypothécaire?

Au Canada, le principal fournisseur d'assurance prêt hypothécaire est la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), une société parapublique. Cependant, ce type d'assurance est aussi offert par des prêteurs privés, tels que Genworth Canada et la Société d'assurance hypothécaire Canada Guaranty.

Qu'arrive-t-il si vous détenez déjà une assurance prêt hypothécaire et que vous achetez une nouvelle propriété?

Dans la plupart des cas, les prêteurs privés offrent la possibilité de transférer la prime. Par exemple, pour ce qui a trait à la SCHL, celle-ci propose l'option transférabilité qui permet d'économiser sur la prime ou même de voir celle-ci entièrement supprimée.

En somme, l'assurance prêt hypothécaire constitue un excellent moyen de devenir propriétaire, et ce, à un coût raisonnable. Si vous focalisez davantage sur la prime, il demeure important de vous rappeler qu'une année de plus en location représente plusieurs loyers mensuels versés à quelqu'un d'autre plutôt qu'au remboursement d'un bien qui vous appartient. Faites vos calculs et n'hésitez pas à demander l'appui d'un conseiller.

Banque Nationale vous propose une offre exclusive pour les infirmier(ère)s. Pour connaître les avantages reliés à cette offre spécialement adaptée, visitez le bnc.ca/infirmier.



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.).

^{MC} RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.



PSYCHIATRIE LÉGALE (2^e PARTIE)

Consentement aux soins et consentement substitué : comment s'y retrouver?

Le consentement aux soins, principalement encadré par le *Code civil du Québec*, doit être « libre et éclairé » (art. 10). Le professionnel doit tenir compte de l'état de la personne au moment où il sollicite son consentement et du consentement substitué dans les cas d'incapacité. Il doit aussi tenir compte de la nature et de l'urgence de l'intervention, ainsi que de l'âge de la personne, les règles étant différentes pour les personnes mineures.

par **LORRAINE PLANTE, B. Sc. inf., LL. M.**

Note au lecteur

Pour alléger le texte, les renvois à un article de loi (par ex., art. 3) réfèrent au *Code civil du Québec*; les renvois à une page (par ex., p. 248) réfèrent à la doctrine de Philips-Nootens, Lesage-Jarjoura et Kouri dans *Éléments de responsabilité civile médicale* (2007). Quant aux cas de jurisprudence, on y réfère par des appels de note, dont la liste apparaît après les références.

L'inviolabilité de la personne constitue un principe de base inscrit aussi bien dans la Charte québécoise (*Charte des droits et libertés de la personne*, art. 1) que dans la Charte canadienne (*Charte canadienne des droits et libertés*, art. 7). Ouvrage de référence en matière de consentement, le *Code civil du Québec* stipule ceci : « Toute personne est apte à exercer pleinement ses droits civils. Dans certains cas, la loi prévoit un régime de représentation ou d'assistance. » (art. 4). Il précise aussi que : « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. » (art. 10).

De plus, personne ne peut être soumis à des soins sans avoir donné son consentement, sauf dans le cas de certaines exceptions prévues par la loi : « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exames, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement [...] » (art. 11).

Le consentement aux soins est donc l'expression de la volonté d'une personne qui émerge d'un échange d'informations entre le professionnel et cette personne dans un processus continu. Il peut être tacite ou exprès (p. 166). Le consentement est tacite lorsqu'il n'a pas été formellement exprimé, mais qu'il est présumé avoir été accordé en raison des circonstances (p. ex., on annonce à un patient qu'on s'apprête à mesurer sa pression artérielle et celui-ci tend son bras sans autre forme de réponse). Le consentement

exprès désigne, quant à lui, un consentement non équivoque et exprimé de manière explicite, généralement sous forme verbale ou écrite. L'obtention d'un consentement ne doit pas être considérée comme une simple formalité ou être réduite à la signature d'un document (p. 141). Ajoutons que le patient peut retirer son consentement en tout temps³.

LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Un consentement doit être libre de toute contrainte, c'est-à-dire sans menaces, sans promesses, sans pression, sans que les facultés soient altérées¹ et sans erreur¹ (art. 10 et 1401). En d'autres mots, il doit être exempt de paternalisme et d'agressivité thérapeutique, c'est-à-dire sans cette « coercition subtile » qui pourrait être exercée pour influencer le consentement du patient.

Bien que tous les patients soient vulnérables à ce titre, des clientèles comme les personnes en institution, en centre d'hébergement ou en centre de soins de longue durée, les détenus et les personnes âgées sont particulièrement susceptibles de ressentir des pressions en raison de leur statut ou de leur état (p. 173).

Pour un consentement éclairé, la transmission d'une information adéquate doit le précéder. Par exemple, faire signer le formulaire de consentement avant d'exposer les risques du soin équivaut à obtenir du patient « un chèque en blanc », même si le médecin juge le soin utile (p. 174). Il est fondamental que « [...] le patient donne son accord à une intervention dont il a compris la nécessité ou les bienfaits, librement, sans coercition, ou la refuse

CRITÈRES DE DÉTERMINATION DE L'INAPTITUDE (CRITÈRES DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE)

1. Le patient comprend-il la nature de la maladie pour laquelle on lui propose un traitement?
2. Le patient comprend-il la nature et le but du traitement?
3. Le patient comprend-il les risques associés à ce traitement?
4. Le patient comprend-il les risques encourus s'il ne subit pas le traitement?
5. La maladie du patient affecte-t-elle sa capacité à consentir?

Source : *Hospitals Act*, R.S.N.S. 1989, traduction de Ménard, 2011.

aux mêmes conditions. » (p. 168). Ajoutons ceci : « L'obligation de renseigner a pour but premier le respect de l'autonomie du patient, s'exprimant ensuite en un consentement éclairé. » (p. 141).

L'information doit être transmise par la personne qui procédera aux soins, qu'il s'agisse de soins médicaux, d'une chirurgie ou de tests diagnostiques (p. 144). « Ainsi, il appartient au médecin traitant, au chirurgien qui fera la procédure d'obtenir le consentement du malade [...] » (p. 144). De même, l'infirmière praticienne spécialisée et l'infirmière qui prescrit ou amorce un test diagnostique ou prescrit un médicament obtiendront d'abord le consentement du patient. Les explications données à la personne en vue d'une intervention doivent comprendre, notamment, le diagnostic, la nature et l'objectif du traitement ou de l'intervention, les bénéfices et les risques encourus, les effets possibles, les traitements de remplacement, ainsi que les conséquences d'une non-intervention. De plus, le médecin doit répondre aux questions du patient (p. 144-154).

L'information transmise doit aussi être adaptée au patient (p. 160-161) : le niveau d'instruction de celui-ci¹⁶, la langue parlée³ et, le cas échéant, le handicap (p. ex., la surdité)⁷ doivent être pris en compte. Pour satisfaire aux exigences de la jurisprudence^{9,18}, le médecin doit faire connaître les risques du soin, plus précisément leur fréquence et leur niveau de gravité – les informations les plus importantes concernant les risques – ainsi que tout risque connu si le soin est prodigué dans le cadre d'une recherche ou d'un protocole expérimental (p. 154).

Exceptions

Comme le précise le *Code civil*, il existe dans la loi plusieurs exceptions au droit fondamental de consentir : « Au nom d'intérêts supérieurs, tant pour la société que pour la personne elle-même, la loi permet l'atteinte non consentie. » (p. 178). Voici les principales :

- le décret par règlement de la *Loi sur la santé publique* (art. 83 et 123, entre autres), de l'immunisation obligatoire contre certaines maladies et le traitement obligatoire de maladies contagieuses;
- la nécessité des soins d'urgence et d'hygiène (art. 13 et 16; p. 215; Amziane, Berardino et Rompré, 2011);
- la dangerosité (Plante, 2018; *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*);
- les personnes inaptes à subir leur procès en vertu du *Code criminel* (*Code criminel*, art. 672.58)
- une ordonnance du tribunal venant contrer le refus catégorique de soins requis par l'état de santé (art. 16).

Il est important de tenir compte du fait que la liberté des uns doit pouvoir s'aménager avec celle des autres et qu'il s'agit là de l'équilibre qui doit exister entre les droits individuels et les droits collectifs, afin que les établissements puissent remplir leurs obligations (Amziane, Berardino et Rompré, 2011).

L'APTITUDE À CONSENTIR

La présomption générale, comme nous l'avons vu précédemment, repose sur l'idée que toute personne est apte à consentir aux soins (art. 4). Chaque clinicien doit en être conscient (Ménard, 2011). L'aptitude à consentir du patient peut varier selon la qualité et la somme d'informations transmises, l'environnement, la relation établie avec le professionnel, de même qu'en fonction de son niveau de fatigue et de sa médication. L'aptitude à consentir fluctue aussi dans

le temps et est spécifique au contexte. L'évaluation de l'aptitude à consentir est une démarche clinique qui s'inscrit dans l'évaluation de la condition mentale d'une personne (p. 170-171).

Pour communiquer sa volonté, la personne doit pouvoir se faire comprendre et être capable de s'exprimer. Par exemple, un patient souffrant de l'aphasie de Broca ou d'un état psychotique pourrait ne pas comprendre l'information ou la transmettre, et n'aurait donc pas l'aptitude conférée par la loi d'exercer librement ses droits (art. 1398; Ménard, 2011).

Il n'existe pas de définition unique de l'inaptitude à décider ni de consensus chez les auteurs ayant traité le sujet. Alors comment s'apprécie l'aptitude à consentir aux soins? De manière générale, les critères d'évaluation de l'aptitude sont regroupés selon quatre habiletés :

- être capable d'exprimer un choix;
- comprendre l'information;
- apprécier l'information sur un plan personnel (quelle valeur le patient accorde-t-il à chaque risque ou avantage du traitement?);
- raisonner sur l'information (utiliser des processus logiques pour soupeser l'information et justifier son choix (p. 171).

Pour évaluer si la personne peut comprendre l'information, l'Association des psychiatres du Canada recommande d'utiliser les standards établis par l'*Hospitals Act* de la Nouvelle-Écosse (p. 171-172; *Hospitals Act*, art. 52[2]) (voir Encadré ci-dessus).

Donc, à moins d'une situation d'urgence (art. 13), une personne majeure apte à consentir aux soins a le droit de décider de ce qu'elle veut comme soins (art. 4), au moment où elle consent. Il est important de rappeler que ce processus est continu. Il faut s'assurer du consentement aux soins et non le présumer d'emblée. Cette préoccupation devrait habiter tous les professionnels (Figure 1).

La situation de M. B.

On se rappelle que M. B. a été hospitalisé contre son gré en raison d'une situation où il a été reconnu une dangerosité pour lui-même (Plante, 2018). Gardé contre sa volonté en établissement, il refuse la prise de médicaments. Selon lui, il n'est pas malade et a le droit de refuser ces « poisons » que l'on veut lui administrer. Qu'en est-il de ce refus et dans quelles circonstances peut-on y passer outre? La jurisprudence renseigne sur ce droit de refus.

Les questions à se poser sont les suivantes :

- Le patient est-il apte, ou non, à consentir aux soins?
- Y a-t-il lieu de recourir à un consentement substitué et, dans l'affirmative, sous quelles conditions?
- Le tribunal doit-il intervenir?

Le refus de traitement du majeur apte

Le droit de refuser a, comme son corollaire le droit de consentir, une reconnaissance juridique pleine et entière (p. 183). Cependant, pour être valable, il doit satisfaire aux mêmes conditions que le consentement, c'est-à-dire qu'il doit être libre et éclairé (p. 184). Le droit fondamental de disposer de son corps est consacré dans le *Code civil*, indépendamment des conséquences de ce refus, et même si le patient risque la mort (p. 188).

Le fait de passer outre au refus de consentir d'un majeur apte, même en situation d'urgence, peut être puni¹⁴. En 1990, la Cour d'appel de l'Ontario a condamné un médecin pour avoir procédé à une transfusion sanguine chez une femme, Témoin de Jéhovah, arrivée inconsciente

Tableau 1

SITUATIONS D'URGENCE, SITUATIONS DE SOINS REQUIS ET SITUATIONS DE SOINS NON REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DES MINEURS (ART. 13-24) : CE QUE PRÉVOIT LE CODE CIVIL DU QUÉBEC.

SITUATIONS	MINEUR DE MOINS DE 14 ANS	MINEUR DE 14 ANS ET PLUS
Urgence	Vie en danger ou intégrité menacée et consentement impossible en temps utile : les soins doivent être donnés. (art. 13) Soins inusités ou inutiles ou conséquences intolérables : le mineur doit consentir. (art. 13[2]) Refus injustifié du titulaire de l'autorité parentale : l'autorisation du tribunal est requise, s'il y a assez de temps. (art. 13 et 16.)	Vie en danger ou intégrité menacée et consentement impossible en temps utile : les soins doivent être donnés. (art. 13) Refus du mineur : le consentement du titulaire de l'autorité parentale doit être obtenu. (art. 16[2]) Soins inusités ou inutiles ou conséquences intolérables : le mineur doit consentir. (art. 13[2]) Refus du mineur et du titulaire de l'autorité parentale : l'autorisation du tribunal est nécessaire. (art. 13 et 16[2])
Soins requis par l'état de santé	Consentement du titulaire de l'autorité parentale. (art. 14[1]) En cas d'empêchement ou de refus injustifié du titulaire de l'autorité parentale, l'autorisation du tribunal est requise. (art. 16[1])	Obligation d'avertir l'autorité parentale si hébergement de 12 heures ou plus. (art. 14[2]) En cas de refus du mineur, l'autorisation du tribunal est requise, sauf si soins d'urgence. (art. 16[2])
Soins non requis par l'état de santé	Consentement écrit de l'autorité parentale requis. (art. 18 et 24) Si risques sérieux pour la santé ou effets graves et permanents, le consentement de l'autorité parentale et l'autorisation du tribunal sont nécessaires. (art. 18)	Consentement écrit du mineur requis. (art. 17 et 24) Si risques sérieux pour la santé et effets graves et permanents, le consentement du mineur et de l'autorité parentale est requis. (art. 17)

à l'urgence à la suite d'un accident (p. 67). Au Québec, en 1992, la Cour supérieure a accordé à une patiente de 25 ans atteinte du syndrome de Guillain-Barré le droit de faire interrompre la ventilation assistée qui la maintenait en vie depuis plus de deux ans¹⁷. La même année, un jeune père de famille devenu quadriplégique à la suite d'un accident et refusant de vivre ainsi a voulu cesser de s'alimenter afin d'accélérer son décès. Le centre où il était hébergé a obtenu un jugement déclaratoire¹⁵ selon lequel l'alimentation ne devrait pas être imposée, étant considérée comme un soin (p. 189-190).

Autre exemple, Éloïse Dupuis, Témoin de Jéhovah, est décédée le 12 octobre 2016 des suites de complications de son accouchement (Malouin, 2017). « La seule solution médicale qui existait pour M^{me} Dupuis afin de recouvrer la santé consistait à recevoir des produits sanguins, mais elle a toujours refusé de le faire. » (Malouin, 2017).

Dans son rapport, le coroner Luc Malouin est venu réaffirmer cet état de droit en concluant que la liberté de choix de M^{me} Dupuis avait été exercée en accord avec les règles de droit en vigueur (Malouin, 2017).

Même s'il peut s'avérer utile, le formulaire de consentement n'est pas le seul moyen de preuve de celui-ci. L'inscription de notes dans le dossier peut offrir autant de protection légale.

LE CONSENTEMENT DU MAJEUR INAPTE

Même si, dans la mesure du possible, il faut tenir compte des volontés que la personne a pu manifester (art. 12), le consentement aux soins du majeur inapte est donné par un représentant, un membre de la famille ou une personne intéressée (art. 15), s'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées (art. 11).

Les personnes autorisées par la loi à donner un consentement aux soins sont, dans l'ordre, les suivantes :

- le mandataire;
- le tuteur ou le curateur;
- le conjoint;
- un proche parent ou une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier (art. 15).

Quelle que soit cette personne, elle a les mêmes obligations légales envers le majeur inapte, c'est-à-dire que le représentant « [...] est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant

compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. [...] » (art. 12). Également, elle doit s'assurer que les soins sont bénéfiques, opportuns et que les risques présentés ne sont pas disproportionnés par rapport aux bienfaits qu'on en espère (art. 12).

Lors d'un empêchement, d'un refus injustifié ou d'un refus catégorique des soins requis par l'état de santé du majeur inapte, l'autorisation du tribunal est nécessaire (art. 16). Donc, le médecin lui demandera l'autorisation de traiter un patient inapte contre son gré. Il doit, par ailleurs, se conformer aux obligations de l'article 12 du *Code civil*. Si les soins ne sont pas requis par l'état de santé, le refus du majeur inapte doit être respecté⁸ (art. 23).

REFUS CATÉGORIQUE

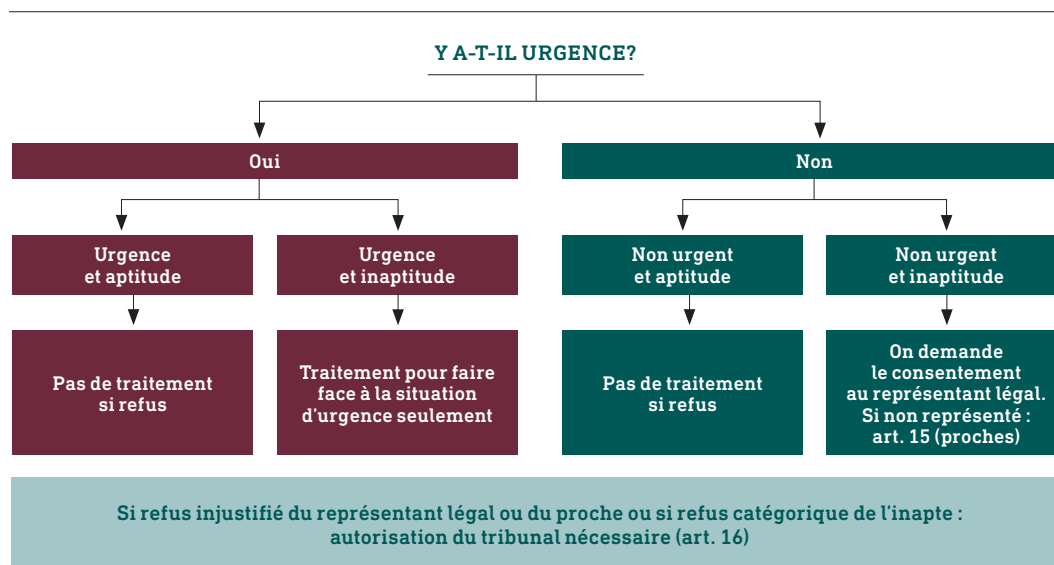
Qu'est-ce que le refus catégorique? Quelques auteurs se sont penchés sur la question, mais la définition reste imprécise (Bernheim, 2018) : « Pour que le refus soit catégorique, on exige que l'inapte soit en mesure de comprendre qu'il dit " non " aux soins proposés, peu importe que ce refus soit rationnel ou non. [...] » (Kouri, 2011).

Le tribunal tiendra compte des mêmes principes généraux qui doivent guider toute décision prise à l'égard de la personne. Fait particulier, il reconnaît un certain degré d'autonomie à la personne inapte en lui permettant de remettre en cause les décisions prises à son égard (La Charité, 2011) : « Le refus catégorique de la personne inapte sera retenu par le tribunal lorsque, dans les circonstances, le traitement proposé ne lui apporte pas de bénéfice réel compte tenu de ses effets sur un autre aspect de la santé de celle-ci. Toutefois, lorsque le traitement peut permettre à la personne, une fois le traitement suivi, de fonctionner normalement ou d'atteindre un certain bien-être sans que trop de risques ne soient encourus, il sera passé outre à son refus. [...] » (La Charité, 2011).

En somme, c'est ce que stipule l'article 16 du *Code civil* vu précédemment : « L'autorisation du tribunal est nécessaire [...] si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins [...] » (art. 16).

Si, toutefois, aller à l'encontre de la volonté de la personne était souhaité, il faudrait d'abord prouver son inaptitude, sauf en situation d'urgence (art. 13 et 16) ou afin de prodiguer des soins d'hygiène (art. 16). Le fardeau de la preuve concernant l'inaptitude se fait par prépondérance de preuve. En droit civil, la « prépondérance de preuve » diffère de la preuve « hors de tout doute raisonnable » propre au droit criminel en ce sens qu'il est demandé que la preuve

Figure 1
ALGORITHME DE CONSENTEMENT DE LA PERSONNE MAJEURE



Source : C.c.Q., L.Q. 1991.

soit faite non pas à 100 %, mais à un peu plus de 50 %, signifiant qu'un doute peut persister, mais que la preuve présentée suffit au juge pour prendre sa décision.

L'article 16 implique aussi que les soins autorisés doivent remplir les critères de l'article 12 du *Code civil*, c'est-à-dire « [...] que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances et que les risques présentés ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère. » (art. 12).

LE CONSENTEMENT DES MINEURS

Le mineur de 14 ans et plus détient-il tous les droits concernant son consentement? Non. En outre, les parents n'ont pas non plus forcément le dernier mot en tant que tuteurs légaux. « Les critères de décisions doivent refléter l'objectivité et le meilleur intérêt du patient [...] » et s'appliquent tant aux interventions non thérapeutiques que thérapeutiques (p. 196) (Tableau 1). « Face au refus de transfusion sanguine de la part des Témoins de Jéhovah pour les enfants mineurs, l'attitude des tribunaux est constante : dès qu'il est médicalement établi que la transfusion est nécessaire pour la vie ou la santé de l'enfant, ils ordonnent de procéder. » (p. 233).

En 1995, la Cour suprême² a clairement établi les limites à l'exercice de l'autorité parentale et à la liberté de religion des parents : « [...] la liberté de religion d'un parent ne l'autorise pas à imposer à son enfant des pratiques religieuses qui menacent sa sécurité, sa santé ou sa vie. » (p. 234). La Cour suprême précise aussi que l'exercice de l'autorité parentale et la liberté de religion des parents sont limités par la contravention aux droits fondamentaux de l'enfant lui-même (p. 234). La Cour de l'Ontario s'est même ingérée dans une affaire impliquant une mineure de treize ans et demi en ordonnant une intervention visant à traiter une anémie particulière, l'adolescente étant exposée à un risque d'hémorragie. Dans cette affaire, la mère, Témoin de Jéhovah, refusait les traitements tandis que le père y consentait²⁰.

Dans une autre cause⁴, la Cour a donné raison à une mère qui voulait éviter des traitements supplémentaires de chimiothérapie à son enfant de trois ans atteint d'une forme rare de cancer. La Cour a conclu que les inconvénients de ces traitements étaient plus grands que les bénéfices escomptés, et la décision de la mère a été respectée. (p. 232-233).

LES RÉGIMES DE PROTECTION

Le *Code civil du Québec* (art. 256-297) et la *Loi sur le curateur public* encadrent les régimes de protection. Ces derniers sont mis en place pour deux raisons : l'incapacité et le besoin de protection (Ménard, 2012). L'incapacité est définie comme l'altération des facultés mentales due à la maladie, la déficience ou l'âge, ou l'incapacité physique à exprimer sa volonté (art. 258). Le besoin de protection, quant à lui, concerne, entre autres, les abus physiques et financiers (Ménard, 2012). La prodigalité de la personne mettant en danger le bien-être de son conjoint ou de ses enfants mineurs est aussi une raison de nommer un tuteur ou un conseiller (art. 258).

Les critères d'incapacité guidant la mise en place d'un régime de protection sont l'orientation, la mémoire et les raisonnements simples. On conclut à l'incapacité si l'un des trois a failli (Ménard, 2012). Les régimes de protection des majeurs incapables visent plusieurs objectifs : la protection de la personne, l'administration de son patrimoine et l'exercice de ses droits civils (art. 256). Les principes de base d'un régime de protection sont guidés par l'intérêt de la personne, le respect de ses droits et la sauvegarde de son autonomie (art. 257), principes présents dans le *Code civil du Québec*. S'il ne fallait retenir qu'une chose à propos des régimes de protection, ce serait ce passage, car il en représente bien les valeurs profondes.

En droit québécois, l'important à retenir à propos de l'aptitude d'une personne à consentir à des soins de santé n'est pas le caractère raisonnable de la décision prise par cette personne, mais plutôt son processus pour y arriver.

Le *Code civil du Québec* prévoit que lorsqu'un majeur incapable reçoit des soins dans un établissement de santé a besoin d'être représenté, le directeur général de l'établissement en fait rapport au curateur public. Ce rapport est constitué de l'évaluation psychosociale et médicale (art. 270). « L'évaluation psychosociale dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'incapacité du mandant en vue de formuler une recommandation au tribunal est réservée au travailleur social. » Quant à l'évaluation médicale, elle revient au médecin (Office des professions du Québec, 2013).

« Le degré d'autonomie de la personne peut être évalué par différents professionnels selon leur expertise respective. L'évaluation du fonctionnement psychologique et du fonctionnement mental réalisée par le psychologue, l'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par l'ergothérapeute et l'évaluation de la condition physique et mentale réalisée par l'infirmière sont souvent complémentaires et intégrées à la recommandation d'ouvrir ou de maintenir un régime de protection. Chacun de ces professionnels demeure imputable de l'évaluation qu'il effectue. » (Office des professions du Québec, 2013).

LES TYPES DE RÉGIMES DE PROTECTION

Il existe trois types de régimes de protection : la curatelle, la tutelle et le régime avec conseiller au majeur.

La curatelle

La curatelle à la personne et aux biens suppose une incapacité totale et permanente (art. 281). Le curateur a alors la pleine administration des biens de la personne sous curatelle, mais il ne peut faire que des placements sûrs (art. 282). Par conséquent, les actes décidés par le majeur sous curatelle sont nuls, ou les obligations qui en découlent s'en trouvent réduites (art. 283). En outre, certains actes antérieurs peuvent être annulés (art. 284) si l'incapacité était notoire.

La tutelle

Le régime de tutelle à la personne et aux biens concerne l'incapacité partielle ou temporaire (art. 285). Régime mixte de représentation et d'assistance, il vise à protéger la personne, ses biens, ou les deux (art. 285). Le tuteur a la simple administration des biens qui lui sont confiés, c'est-à-dire, par exemple, qu'il ne peut pas les vendre (art. 286). Le tribunal peut déterminer le degré de capacité du majeur à l'ouverture de la tutelle ou postérieurement (art. 288), et ce dernier peut conserver la gestion du produit de son travail (art. 289). Les actes antérieurs à la tutelle sont annulables ou les obligations, réductibles, si l'incapacité était notoire (art. 290), comme c'est le cas pour le régime de curatelle.

Le régime avec conseiller au majeur

Enfin, le régime avec conseiller au majeur, moins utilisé, concerne le majeur en général apte à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens, mais ayant besoin d'assistance et de conseils pour certains actes. Le tribunal indique alors les actes nécessitant l'assistance du conseiller, mais le majeur conserve l'exercice de ses droits. Les actes faits par le majeur sans l'assistance du conseiller sont annulables et les obligations, réductibles, si l'intervention du conseiller était requise et que le majeur a subi un préjudice (art. 291-294).

Le régime de protection prend fin avec un jugement du tribunal, au décès du protégé ou à l'expiration du délai prévu pour contester le rapport qui atteste la cessation de l'incapacité (art. 295).

À propos du « mandat de protection », aussi appelé « mandat en cas d'incapacité », il est important de retenir qu'il doit avoir été fait devant notaire et homologué par le tribunal (art. 2166). Il ne prend effet que lorsque le mandant devient inapte et « [...] cesse d'avoir effet lorsque le tribunal constate que le mandant est redevenu apte [...] » (art. 2172) ou au décès de ce dernier, entre autres (art. 2175).

Le curateur public

Le curateur public a le pouvoir d'intervenir dans les régimes de protection. Il peut le faire dans toute instance relative à l'ouverture d'un régime de protection d'un majeur, à l'homologation ou à la révocation d'un mandat de protection, à l'intégrité d'un majeur inapte à consentir qui n'est pas pourvu d'un tuteur, d'un curateur ou d'un mandataire, ainsi qu'au remplacement du tuteur ou du curateur d'un mineur ou d'un majeur protégé (*Loi sur le curateur public*, art. 13).

Le curateur public est également chargé :

- 1° de la surveillance de l'administration des tutelles et curatelles aux majeurs, de certaines tutelles aux mineurs et des tutelles aux absents;
- 2° des tutelles, curatelles ou autres charges d'administrateur du bien d'autrui, lorsque ces charges lui sont confiées par un tribunal;
- 3° de la tutelle aux biens des mineurs, ainsi que de la tutelle ou de la curatelle aux majeurs sous un régime de protection qui ne sont pas pourvus d'un tuteur ou curateur. » (*Loi sur le curateur public*, art. 12)

La surveillance du curateur s'effectue grâce aux rapports qui lui sont fournis, entre autres, les réévaluations tous les trois ans pour les tutelles et aux cinq ans pour les curatelles (*Loi sur le curateur public*, art. 20), ainsi que par ses pouvoirs d'enquête (*Loi sur le curateur public*, art. 27).

Les principes de base d'un régime de protection sont guidés par l'intérêt de la personne, le respect de ses droits et la sauvegarde de son autonomie, principes présents dans le Code civil du Québec.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

En droit québécois, l'important à retenir à propos de l'aptitude d'une personne à consentir à des soins de santé n'est pas le caractère raisonnalement de la décision prise par cette personne, mais plutôt son processus pour y arriver. Du fait de leur suivi clinique et du développement d'une relation de confiance avec le patient, les infirmières peuvent être témoins de ce processus.

Souvent, le patient confiera ses angoisses et ses questionnements à l'infirmière. Par conséquent, bien au courant de son cheminement concernant le consentement, elle pourra en faire part au médecin et à l'équipe traitante, afin d'aider le patient à consentir ou à refuser les soins de façon libre et éclairée.

En raison de sa relation thérapeutique avec le patient (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 28), l'infirmière lui fournira toutes les explications nécessaires à la compréhension des soins et des traitements qu'elle lui prodigue (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 40).

« En matière de soins hospitaliers ou médicaux de routine ne présentant aucun risque important, l'obligation d'obtenir un consentement incombe à l'hôpital. Par ailleurs, dans des situations où un acte médical présente des risques pour la santé, il revient au médecin d'obtenir le consentement. » (p. 176)

Au quotidien, l'infirmière a la responsabilité d'obtenir le consentement du patient pour les soins dispensés par elle. Cette responsabilité concerne également l'IPS exerçant des activités médicales et l'infirmière ayant l'habilitation légale de prescrire des médicaments.

Elle doit :

- 1° fournir au client toutes les informations requises;
- 2° s'assurer que le consentement du client demeure libre et éclairé pendant la période où elle prodigue les soins, traitements ou autres services professionnels;
- 3° respecter le droit du client de retirer en tout temps son consentement. » (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 41).

CONCLUSION

Qu'en est-il des formulaires? Ils prouvent l'obtention du consentement, mais pas l'exécution de l'obligation de renseigner (p. 176). « On devra toujours démontrer qu'une information adéquate a été donnée au malade. Un consentement signé n'équivaut pas nécessairement à un consentement informé. » (p. 177). Même s'il peut s'avérer utile, le formulaire de consentement n'est pas le seul moyen de preuve de celui-ci. L'inscription de notes dans le dossier offre autant de protection légale (p. 178). •

L'AUTEURE

LORRAINE PLANTE
B. Sc. inf., LL. M.

Infirmière et détentrice d'une maîtrise en droit et politiques de la santé. Adjointe à la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

RÉFÉRENCES

Amziane, S., Berardino, P. et Rompré, S. (2011). *Vers un nouveau corpus des obligations des usagers d'un établissement de santé et de services sociaux*. Dans Formation continue du Barreau du Québec, *La protection des personnes vulnérables*, Cowansville, Qc: Éditions Yvon Blais.

Bernheim, E. (2018, avril). *L'autorisation de soins : principes et mise en œuvre*. Présentation au Colloque « Aspects éthiques et juridiques des soins sous contraintes », Montréal, Institut Philippe-Pinel.

Charte canadienne des droits et libertés, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, [annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.)], 1982, c. 11.

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec (C.c.Q.), L.Q. 1991, c. 64.

Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers, L.R.Q., c. I-8, r. 9.

Couture-Trudel, P.-M. et Morin, M.-E. (2007). La garde en établissement au Québec : enjeux de la détention civile en psychiatrie, *Santé mentale au Québec*, 32(1), 229-244.

Hospitals Act, R.S.N.S. 1989, c. 208.

Institut canadien d'information juridique. En ligne : <https://www.canlii.org/fr/qc/>

Kouri, R. P. (2011). Le consentement aux soins : aperçu général et quelques questions controversées. Dans *Chambre des notaires du Québec, Cours de perfectionnement du notariat 2011(2)*, Cowansville, Qc: Éditions Yvon Blais.

Cet article est le deuxième d'une série de trois sur la psychiatrie légale. Le premier, publié dans le numéro de mai-juin 2018, s'intitulait « Les gardes en établissement ». Le troisième se penchera sur la responsabilité criminelle et le Tribunal administratif du Québec.

Kouri, R. P. et Philips-Nootens, S. (2005). *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins* (2^e éd.), Cowansville, Qc: Éditions Yvon Blais.

La Charité Jr., R. (2011). Les droits de la personnalité – Personnes, famille et successions. Dans *École du Barreau du Québec, Collection de droit 2012-2013*, 3. Cowansville, Qc: Éditions Yvon Blais.

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, L.R.Q., c. P-38-001.

Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2.

Loi sur le curateur public, L.R.Q., c. C-81.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), L.R.Q., c. S-4.2.

Malouin, L. (2017). *Rapport d'investigation du coroner, Éloïse Dupuis – 2016-02812*.

Ménard, J.-P. (2011). *DRT 753 – Responsabilité civile, médicale et hospitalière* (programme de cours), Université de Sherbrooke.

Ménard, J.-P. (2012). *DRT 768 – Psychiatrie légale* (programme de cours), Université de Sherbrooke.

Office des professions du Québec. (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, Guide explicatif*.

Philips-Nootens, S., Lesage-Jarjoura, P. et Kouri, R. P. (2007). *Éléments de responsabilité civile médicale – Le droit dans le quotidien de la médecine* (3^e éd.), Cowansville, Qc: Éditions Yvon Blais.

Plante, L. (2018). « Les gardes en établissement », *Perspective infirmière*, 15(3), 38-41.

JURISPRUDENCE

1. *Beausoleil c. Communauté des Sœurs de la Charité de la Providence*, [1965] B.R. 37.
2. *B. (R.) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, [1995] 1 R.C.S. 315.
3. *Ciarlariello c. Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119.
4. *Couture-Jacquet c. Montreal Children's Hospital*, [1986] R.J.Q. 1221 (C.A.).
5. *Douglas Hospital Center c. C.T.*, [1993] R.J.Q.
6. *E. (Mme) c. Eve*, [1986] 2 R.C.S. 388.
7. *Eldridge c. British Columbia (Attorney General)*, [1997] 3 R.C.S. 624.
8. *Eve (Re)*, [1986] 2 R.C.S. 388.
9. *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 R.C.S. 192.
10. *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1991] R.J.Q. 1969 (C.S.).
11. *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. G.(A.)*, [1994] R.J.Q. 2523 (C.A.).
12. *Kiley-Nikkel c. Danais*, REJB 1992-83995.
13. *Lalonde c. Tessier*, EYB 2011-193980.
14. *Malette c. Shulman*, (1990) 2 C.C.L.T. (2d) 1 (C.A.).
15. *Manoir de la Pointe Bleue* (1978) inc. c. Corbeil, [1992] R.J.Q.
16. *Morrow c. Hôpital Royal Victoria*, [1990] R.R.A. 41 (C.A.).
17. *Nancy B. c. Hôtel-Dieu de Québec*, [1992] R.J.Q. 361 (C.S.).
18. *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 R.C.S. 880.
19. *Starson c. Swayze*, [2003] 1 R.C.S. 722.
20. *T.H. v. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*, 1996 CanLII 11981 (ON SC).

FORMATION CONTINUE

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

IL VOUS RESTE QUELQUES HEURES DE FORMATION CONTINUE ACCRÉDITÉES À COMPLÉTER ?

FORMATIONS ACCRÉDITÉES PERTINENTES, ÉCONOMIQUES ET ADAPTÉES À VOS BESOINS

- Troubles de la personnalité
- Contrôle de la douleur en fin de vie
- Prévention des chutes et dépistage du délirium
- Diabète : pathologie et traitements
- Mise en place d'une structure de menu harmonisé

FORMATIONS SUR MESURE EN MILIEU DE TRAVAIL

- Formation sur la réalisation d'audits de qualité
- Coaching clinique pour le personnel infirmier
- Formation des équipes de soignants

FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS PODOLOGIQUES

160 h ou 140 h | formule intensive ou régulière

Les participants apprécient :

- La réputation de la formation dans le milieu
- La proximité du Cégep au métro Jean-Talon
- La souplesse des horaires (intensif et régulier)
- L'encadrement par des formateurs d'expérience

Un monde de possibilités

À PROPOS DE *la vitesse d'administration des médicaments intraveineux*

par JACINTHE LECLERC, B. Sc. inf., Ph. D.,
ADJO ENYONAM AKATOR, B. Sc., M. Sc.,
et MARIE-ÈVE LEBLANC, inf., M. Sc.

L'infirmière administre des médicaments par voie intraveineuse (IV) périphérique au quotidien : « NaCl 0,9 % à 100 mL/h », « D5 % 1/2S à 80 mL/h », « culot globulaire de 100 à 140 mL/h en moins de 4 heures », « TVO », « Bolus », etc. À chaque patient, son ordonnance et à chaque ordonnance, sa vitesse de perfusion! Cette dernière se définit comme le débit auquel la quantité de médicament (en millilitres) doit être administrée par unité de temps (heure), soit mL/h. Au-delà du geste technique, la vitesse d'administration IV peut varier selon diverses situations.

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. La vitesse d'absorption d'un médicament IV est proportionnelle à sa vitesse d'administration.

Réponse : Vrai

La voie intraveineuse permet d'administrer le médicament directement dans le sang afin d'obtenir un effet rapide (Burchum et Rosenthal, 2016). Le principe de l'administration IV se subdivise en deux composantes : l'injection IV directe et la perfusion IV (Burchum et Rosenthal, 2016). Dans les deux cas, le médicament administré est absorbé de manière instantanée et complète, car il pénètre directement dans le système vasculaire (dans le sang).

Il faut distinguer l'étape de l'absorption de celle de la distribution (Burchum et Rosenthal, 2016). La distribution se définit comme étant le transport du médicament dans la circulation sanguine vers les récepteurs des sites d'action. La vitesse de distribution varie selon le médicament et le site d'action ciblé par ce dernier. Ainsi, la vitesse d'administration d'un médicament IV tiendra compte de sa vitesse de distribution (pharmacocinétique du médicament), du besoin (atteinte du plateau thérapeutique d'un médicament, remplacement/maintien/redistribution du volume liquidien) et des limites liquidien du patient (p. ex., insuffisance cardiaque).

02. Tout médicament IV administré trop rapidement peut entraîner un risque de surcharge liquidienne pour le patient.

Réponse : Faux

Le risque de surcharge liquidienne est présent seulement dans le cas d'une perfusion IV (et non d'une injection IV directe), lorsque le débit de perfusion et la quantité de fluides sont trop élevés compte tenu de la condition cardiovasculaire ou rénale du patient (Burchum et Rosenthal, 2016). À titre d'exemple, le risque de surcharge liquidienne peut être plus élevé chez un patient atteint d'hypertension artérielle ou d'insuffisance rénale ou cardiaque, chez un enfant ou, encore, chez une personne âgée. Le risque est plus important lorsque la perfusion IV consiste en l'administration d'une solution de réhydratation (chlorure de sodium, sérum glucosé) ou d'un électrolyte (chlorure de potassium) à un débit constant pendant une période prolongée (Burchum et Rosenthal, 2016).

03. Une injection IV directe administrée lentement réduit le risque de toxicité au système nerveux central.

Réponse : Vrai

En général, l'ordonnance spécifie la vitesse d'administration du médicament IV. Voici l'une des justifications : lors de l'administration d'un médicament dans la veine antécubitale (pli du coude), le médicament atteint le cerveau en 15 secondes (Burchum et Rosenthal, 2016). Si la dose est suffisante pour causer une toxicité, des signes apparaîtront donc en 15 secondes. Si le médicament est administré lentement (p. ex., en 1 minute plutôt qu'en bolus, ou « push »), seulement 25 % de la dose aura atteint le cerveau à l'apparition des signes de toxicité. Il est alors possible d'interrompre l'administration avant l'aggravation de l'effet secondaire et, ainsi, de maximiser les chances de renverser la situation.

LES AUTEURES

JACINTHE LECLERC, B. Sc. inf., Ph. D. (sciences pharmaceutiques – pharmaco-épidémiologie)

Professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Stagiaire postdoctorale à la Faculté de médecine de l'Université McGill.

ADJO ENYONAM AKATOR, B. Sc., M. Sc. (sciences pharmaceutiques – pharmaco-épidémiologie)

MARIE-ÈVE LEBLANC, inf., M. Sc.

Infirmière au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, secteur de l'urgence. Étudiante au doctorat en sciences pharmaceutiques à l'Université Laval (UL).

RÉFÉRENCES

Burchum, J. R. et Rosenthal, L. D. (2016). *Lehne's pharmacology for nursing care* (9^e éd.). St. Louis (MO) : Elsevier/Saunders.

MedEffet Canada. (2017). Déclaration des effets indésirables ou des incidents liés aux matériels médicaux. Santé Canada. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medeffet-canada/declaration-effets-indesirables.html>



04. Une administration rapide de médicament IV peut entraîner des effets secondaires.

Réponse : Vrai

Pour tout médicament, et peu importe la voie d'administration utilisée, des effets secondaires peuvent survenir. Dans le cas de l'administration IV, le concept d'irréversibilité est très important. Une fois le médicament IV présent dans l'organisme, il est impossible de l'en extraire. Il faut environ 1 minute à l'ensemble du volume sanguin pour circuler dans tout le système cardiovasculaire. Administrer le médicament IV lentement (pendant plus de 1 minute) permet donc de le diluer dans un plus grand volume sanguin et, ainsi, d'éviter des concentrations sanguines trop élevées, tout en notant rapidement la survenue d'effets secondaires, s'il y a lieu (Burchum et Rosenthal, 2016).

05. Les médicaments irritants peuvent être administrés rapidement par voie intraveineuse sans conséquence pour le patient.

Réponse : Faux

Certains médicaments administrés par la voie intraveineuse sont irritants pour les vaisseaux sanguins. Ils doivent donc être injectés par voie intraveineuse directe lente ou en perfusion IV lente. C'est le cas, par exemple, de la dopamine ou de certains médicaments utilisés en chimiothérapie, dont la vitesse d'administration sera modulée selon la condition du patient et le protocole local en vigueur (Burchum et Rosenthal, 2016). Dans plusieurs cas, une vitesse de perfusion IV trop élevée risquerait d'irriter la veine, et ce, même si le médicament irritant est dilué de façon appropriée.

06. Il est préférable d'administrer le médicament trop lentement que trop rapidement.

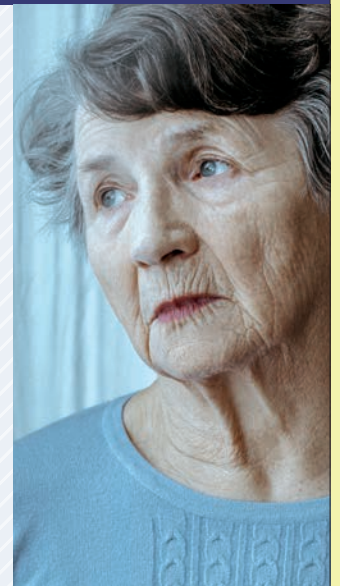
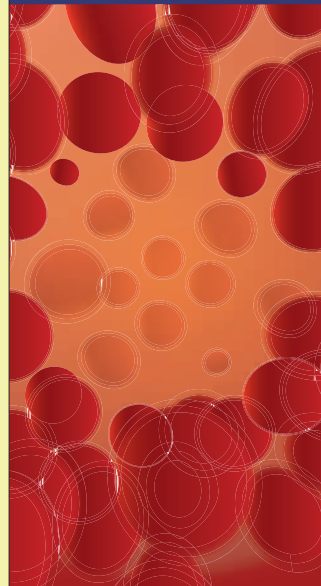
Réponse : Faux

Les médicaments intraveineux doivent être administrés selon le débit prescrit. Injecter un médicament trop lentement pourrait entraîner une inefficacité thérapeutique (concentration sanguine sous-optimale ne permettant pas de traiter le patient) (Burchum et Rosenthal, 2016).



Pharmacovigilance

Les professionnels de la santé, y compris les infirmières, ont la responsabilité de déclarer à Santé Canada les effets indésirables potentiellement associés à la prise d'un médicament. Cette démarche simple peut se faire en ligne sur le site de Santé Canada via la plateforme MedEffet (MedEffet Canada, 2017).



Lisez les articles

- Anticoagulants oraux directs
- Médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée

 2-ACFA par article

Répondez aux questionnaires pour valider vos acquis et cumulez des heures de formation continue.

Visitez
oiiq.org/formation

Qui peut ajuster le PTI?

Le plan thérapeutique infirmier (PTI) est une norme de documentation des décisions cliniques de l'infirmière, adoptée par l'OIIQ. Son objectif : assurer un suivi optimal du patient. L'infirmière consigne au dossier, dans un outil de documentation distinct, le PTI qu'elle détermine et les ajustements qu'elle y apporte selon l'évolution clinique du patient et l'efficacité des soins et des traitements qu'il reçoit. Grâce à cet outil de documentation, les décisions cliniques prises par l'infirmière témoignent de son évaluation et de son jugement clinique.

L'ajustement comprend le fait de déterminer le PTI. Pour ce faire, la professionnelle doit être habilitée à évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique, ce qui implique une décision et un jugement clinique qui engagent sa responsabilité.

L'exercice des étudiantes, des personnes admissibles par équivalence, des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) et des externes est encadré par le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers*. Voici ce qu'il précise sur l'ajustement du PTI pour chaque intervenant.

LA CEPI

Tel que mentionné à l'article 10 :

« La candidate à l'exercice de la profession d'infirmière peut exercer les activités professionnelles que peuvent exercer les infirmières, à l'exception :

- 1° des activités exercées auprès d'une parturiente;
- 2° des activités exercées auprès d'un client dont l'état de santé est dans une phase critique ou qui requiert des ajustements fréquents;
- 3° des activités exercées en santé communautaire;
- 4° d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
- 5° d'initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2);
- 6° de déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments;
- 7° de procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
- 8° de décider de l'utilisation des mesures de contention;
- 9° de décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ch. S-4.2) et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones* (ch. S-5);
- 10° d'évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins;
- 11° d'ajuster le plan thérapeutique infirmier en lien avec les activités décrites aux paragraphes 1 à 10 ».

La candidate à l'exercice de la profession d'infirmière peut, malgré l'exception prévue au paragraphe 7 du premier alinéa, contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.

De plus, les exceptions prévues aux paragraphes 2, 3 et 10 du premier alinéa ne s'appliquent pas à la candidate à l'exercice de la profession d'infirmière qui est titulaire d'un diplôme universitaire ou à qui l'Ordre a reconnu une équivalence à ce diplôme. »

Donc, puisque la CEPI peut évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique, elle peut déterminer un PTI pour les activités qui lui sont permises.

LA PERSONNE ADMISSIBLE PAR ÉQUIVALENCE

« La personne admissible par équivalence peut exercer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les infirmières, celles qui sont requises pour réussir le programme d'études ou la formation complémentaire requis aux fins de bénéficier d'une équivalence de la formation, à l'exception de l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

- 1° elle les exerce dans le cadre de ce programme d'études ou de cette formation complémentaire;
- 2° elle les exerce sous la supervision d'une infirmière qui est présente dans l'unité de soins concernée en vue d'une intervention rapide. » (art. 8)

L'EXTERNE

Les activités permises aux externes sont précisées à l'annexe 1 du Règlement. Celui-ci n'inclut pas l'ajustement du PTI.

L'ÉTUDIANTE

« L'étudiante en soins infirmiers peut exercer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les infirmières, celles qui sont requises pour compléter le programme d'études auquel elle est inscrite, à l'exception de l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, lorsque sont réunies les conditions suivantes :

- 1° elle les exerce dans le cadre de ce programme d'études;
- 2° elle les exerce sous la supervision d'une infirmière qui encadre le stage et qui est présente dans l'unité de soins concernée en vue d'une intervention rapide. » (art. 3) ●

À RETENIR

La CEPI peut déterminer et ajuster un PTI pour les activités qui lui sont permises. Toutefois, à aucun moment, l'étudiante, l'externe et la personne admissible par équivalence ne peuvent déterminer ni ajuster un PTI.



Watchiya • Bonjour



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

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages

- Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse et CMC*)
- 8 CMC (rôle élargi)
- Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val-d'Or
- Formation de 5 semaines en rôle élargi pour les CMC
- Primes d'éloignement, d'attraction et de rétention et prime pour le rôle élargi offertes

Profil recherché

- Deux ans d'expérience afin de travailler à l'hôpital et en hémodialyse
- Trois ans d'expérience (préférentiellement en soins aigus) afin d'œuvrer dans un de nos CMC
- Bilingue : français et anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

*Centre de Miyupimaatisiyun (santé) Communautaire



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



www.santeterrescries.org/carières



Tirez le meilleur parti de votre adhésion.

Obtenez des tarifs préférentiels et une protection qui répond à vos besoins.

Vous pourriez économiser gros* quand vous combinez vos tarifs préférentiels de membre et regroupez vos assurances habitation et auto.

Programme d'assurance habitation et auto recommandé par



Profitez pleinement de votre adhésion.

En tant que membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur toute une gamme de protections d'assurance habitation et auto personnalisables selon vos besoins.

Depuis plus de 65 ans, TD Assurance aide les Canadiens à trouver des solutions d'assurance habitation et auto de qualité.

Ayez l'assurance que votre protection habitation et auto répond à vos besoins. Demandez une soumission.

HABITATION | AUTO | VOYAGE

Obtenez une soumission et découvrez combien vous pourriez économiser!
Composez le 1-866-269-1371
ou allez au tdassurance.com/oiiq

