



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Mars • avril 2018
Vol. 15 n° 2

perspective **infirmière**

Violence conjugale
La comprendre pour
mieux intervenir

Mobilisation
précoce des
patients sous
ventilation
mécanique

Périnatalité:
massage du
nouveau-né

 **ACFA**
Syndrome coronarien
aigu (2^e partie):
prévention
secondaire



**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.

CHOISISSEZ FIBRISTAL^{MD} POUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS.



Plus de **500 000 femmes** ont été traitées par **FIBRISTAL^{MD}** dans plus de 77 pays².

LE SEUL MÉDICAMENT À PRISE ORALE INDIQUÉ POUR LES FIBROMES UTÉRINS^{*1, 3}

FIBRISTAL^{MD} est indiqué pour le traitement intermittent des signes et symptômes modérés à graves des fibromes utérins chez les femmes adultes en âge de procréer. La durée de chaque cycle de traitement est de trois mois¹.

Pour de plus amples renseignements sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'utilisation clinique, veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse http://fibrystal.ca/docs/Fibrystal_Product_Monograph_F.pdf. Vous pouvez également obtenir la monographie de produit en nous téléphonant au 1-800-668-6424.

* L'importance clinique comparative n'a pas été établie.

RÉFÉRENCES : 1. Monographie de produit de FIBRISTAL^{MD}, Allergan Pharma Co., octobre 2017. 2. Données internes, Allergan inc., septembre 2017. 3. Données internes, Allergan inc., décembre 2017.

FIBRISTAL^{MD} et son dessin sont des marques déposées d'Allergan Sales, LLC, utilisées sous licence par Allergan Pharma Co. ALLERGAN^{MD} et son dessin-marque sont des marques de commerce d'Allergan inc. © 2018 Allergan. Tous droits réservés



Pr
fibrystal^{MD}
acétate d'ulipristal

SOMMAIRE

Mars • avril 2018 — Vol. 15 n° 2

ÉDITORIAL

- 06 — Le rôle d'un ordre professionnel

PORTRAIT

- 16 — Marthe Isabel
Infirmière d'urgence en Haute-Gaspésie

FONDATION DE L'OIIQ

- 20 — Lauréats 2018
Subvention *Pour mieux soigner*
et prix *Coup de cœur leadership*

INNOVATION CLINIQUE

- Prix régionaux
Banque nationale 2017
- 18 — Mauricie/Centre-du-Québec
Apprendre grâce à un laboratoire
anatomique
- 19 — Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-
Îles-de-la-Madeleine
Suivi intégré des patients vivant
avec une MPOC

EN BREF

- 09 — Le Phare Enfants et Familles
Maison de soins palliatifs
pédiatriques
- 11 — Trouble du spectre
de l'autisme
Rôle infirmier à la Clinique
de développement
du CHU Sainte-Justine
- 12 — Une alliance gagnante
pour les personnes
atteintes de cancer
Réseau de la santé et milieu
communautaire
- 15 — Aider l'enfant anxieux
Guide pratique pour parents et enfants
- 15 — La bédé – Traitements
anti-obésité

MYTHES ET RÉALITÉS

- 18 — À propos de la naloxone
Réponses en p. 64

SOCIÉTÉ

- 23 — Violence conjugale
La comprendre pour
mieux intervenir

GESTION

- 31 — « Hot Five »
Cinq minutes pour améliorer
la pratique

PRATIQUE CLINIQUE

- 36 — Mobilisation précoce des
patients sous ventilation
mécanique
- 40 — Massage des bébés
prématurés ou nés à terme,
mais malades

PHARMACOVIGILANCE

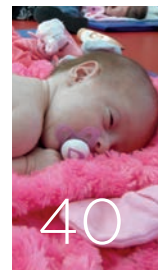
- 54 — La pilule miracle pour maigrir
existe-t-elle?
- 59 — Benzodiazépines
Risque accru de pneumonie chez
les personnes atteintes de la
maladie d'Alzheimer
- 61 — Version générique du Diclectin
Sécuritaire, confirme
Santé Canada

SURVOL

- 62 — Cancer de l'oropharynx
Plus de cas attribuables au
VPH qu'au tabac

L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 66 — Devrais-je adresser ma
question à l'OIIQ ou
à mon syndicat?





44 — Syndrome coronarien aigu et rôle de l'infirmière dans le continuum de soins
2^e partie : la prévention secondaire

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU



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

RÉDACTRICE EN CHEF
Caroline Baril

**SECRÉTAIRE
DE RÉDACTION**
Nathalie Boëls

**GRAPHISME
ET MISE EN PAGES**
Mario Paquette

RÉVISEUR LINGUISTIQUE
Alexandre Roberge

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE
Isabelle Gagné et
Luc Girouard pour MissPixels

IMPRIMEUR
Norecob

PAGE COUVERTURE
© Shutterstock

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ

Direction Développement et soutien professionnel

Joël Brodeur, infirmier, Directeur

Chantale Desbiens, infirmière,
Directrice adjointe à la pratique infirmière

Magali Morin, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique

Martine Lafleur, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique

Marie-Eve Arseneault, infirmière
Conseillère à la consultation professionnelle

Joanie Belleau, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique

Julie Gélinas, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique

Maud Papin
Coordonnatrice au programme de
formation continue

COLLABORATEURS

Louise Bélanger, inf., Ph. D. – Geneviève Bourgault, inf. – Audrey Charpentier Demers, erg. – Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (c.) – Sonia Heppell, inf., M. Sc., IPSC – Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSC – Martine Lafleur, inf., M. Sc. inf. – Audrey Larone Juneau, inf., M. Sc. – Patrick Lavoie, inf., Ph. D. – Marie-Ève Leblanc, inf., M. Sc. – Jacinthe Leclerc, inf., Ph. D. – Yves Lessard, inf. (STAT) – Marc-André Maheu-Cadotte, inf., B. Sc., Ph. D. (c.) – Tanya Mailhot, inf., Ph. D. – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Isabelle Milette, IPSNN – Frédérique Morier – Nancy Nadeau, inf. – François Paquet, MD (STAT) – Denyse Perreault – Marie-Eve Piché, MD, Ph. D. – Guy Sabourin – Shanoor Salime Nazary, B. Pharm. – Lyse Savard – Véronique St-Laurent – Christine Tremblay, inf., B. Sc. – Jessica Virgili, Pharm. 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>

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.

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 : mars-avril 2018

Convention de la
Poste-publications
N° 40062569



DIFFUSION
78 486 copies
(CCAB/BPA : septembre-octobre 2017)

LOGO FSC

Le rôle d'un ordre professionnel



© Frédéric Contin

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

Il y a déjà six ans, lorsque j'aspirais à la présidence de l'OIIQ, mes motivations étaient d'influencer la pratique des soins infirmiers au Québec. Le mandat de protection du public m'apparaissait noble et vaste. Depuis toujours, j'aime prendre soin. Le bien-être de la clientèle est mon leitmotiv, la source de mes actions. Je me suis mise au service de mon ordre pour être, une fois de plus, au service des clients.

À mon arrivée en poste, j'ai saisi la réalité d'un ordre professionnel. Son mandat de protection du public ne se concrétise que s'il parvient à assurer la compétence et l'intégrité de ses membres. Cela signifie, en d'autres termes, qu'il se doit, de par sa nature, de protéger le public par et avec les infirmières et infirmiers du Québec. En définitive, il en ressort que le pouvoir d'un ordre professionnel est pour ainsi dire sa capacité d'agir sur les compétences de ses membres.

PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS, UN RÔLE SOCIÉTAL

Néanmoins, nous souhaitons aussi influencer l'environnement dans lequel œuvrent ces infirmières et infirmiers. Nous le faisons, d'une part, en prenant la parole sur des questions ayant un impact sur la qualité et la prestation sécuritaire des soins et en rendant publiques des données probantes qui peuvent influencer les décideurs et, d'autre part, en interpellant le gouvernement, le MSSS, le MESR, les syndicats, les DSI, les CII et j'en passe.

Notre rôle sur la question de la prestation de soins de qualité et sécuritaires – puisque cette question est un enjeu majeur pour notre profession – est de mettre de l'avant des données probantes en soins infirmiers qui démontrent notamment qu'une composition adéquate de l'équipe de soins permet d'améliorer les résultats de soins, de diminuer les durées de séjour et ultimement de réduire les coûts. Le lien entre la qualité et la sécurité des soins infirmiers et le nombre d'infirmières et infirmiers, leur formation, leurs responsabilités et la composition des équipes de soins est incontestable. Cela est confirmé par des recherches universitaires. Nos démarches auprès des décideurs visent à les faire connaître. Et c'est ce que nous avons fait au cours des derniers mois.

Nous avons aussi partagé des données qui font la démonstration qu'une charge de travail élevée et une sous-utilisation des connaissances et compétences des membres de la profession infirmière ont des répercussions sur la satisfaction au travail ainsi que sur la rétention et le recrutement de ces derniers. Ne pas prendre en considération ces éléments peut occasionner des coûts importants en heures supplémentaires et en dépenses liées au recrutement.

NOTRE MANDAT PRINCIPAL

Pour protéger le public, nous devons garantir que les personnes à qui nous délivrons des attestations et des permis répondent aux critères établis par les lois et les règlements. Nous nous assurons qu'ils ont des diplômes ou des équivalences qui répondent aux critères établis avant qu'ils ne se présentent à leur examen d'admission.

Notre pouvoir est de veiller à la compétence et à l'intégrité des membres qui exercent la profession, notamment par l'inspection professionnelle, un mécanisme important de prévention. Il permet de valider que les infirmières et infirmiers ont une pratique conforme aux normes d'exercice. Par ailleurs, la syndique procède à une enquête lorsqu'elle est saisie d'un écart de conduite d'un membre.

Finalement, l'OIIQ fait en sorte que ses membres maintiennent à jour leurs compétences par le biais de la norme de formation continue. Cette norme est justifiée par l'évolution rapide et constante des connaissances dans le domaine des soins infirmiers.

RÉFORME DU SYSTÈME PROFESSIONNEL

La Loi 11 renforce les obligations de l'ordre professionnel. Plusieurs changements introduits par cette loi amènent le Conseil d'administration de l'OIIQ à remettre l'accent sur ses réels pouvoirs que sont les mécanismes de protection du public : admission, inspection, déontologie et formation continue.

Cette loi modifie de façon substantielle la gouvernance des ordres professionnels et prévoit notamment la diminution de la taille du Conseil d'administration et l'augmentation de la représentation de personnes issues du public. Les rôles de la présidence et de la direction générale ont été précisés et les responsabilités du Conseil d'administration sont considérablement accrues.

Dans ce contexte, plus que jamais, l'OIIQ doit exercer une vigie sur les besoins évolutifs de la population et la complexité sans cesse grandissante des soins afin de faire évoluer les rôles en lien avec l'évolution des connaissances scientifiques de ses membres et de la complexité des soins.

L'OIIQ a l'obligation de se centrer sur son mandat et sa mission et d'intervenir à l'égard des personnes sur lesquelles il a compétence. Il ne peut s'ingérer dans l'organisation des soins, une responsabilité qui incombe aux établissements de santé.

Devant ce constat, il est clair qu'au premier chef, nous devons aujourd'hui maintenir et développer des partenariats avec les autres acteurs du milieu de la santé afin que la complémentarité de nos actions soit garante du bien-être des personnes nécessitant nos soins.

L'OIIQ doit sans contredit jouer un rôle sociétal fort en tentant d'influencer les politiques publiques, mais n'a en aucun cas l'autorité d'ordonner des façons de faire à d'autres entités que ses membres.



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

BAISSES DE PRIX!



PLUS DE
325 TITRES
DISPONIBLES

JUSQU'À **10\$** DE RABAIS
SUPPLÉMENTAIRE!
(SUR ACHATS MULTIPLES)

96 TITRES
À 20 \$ OU MOINS
43 NOUVELLES
PUBLICATIONS!

ABONNEZ-VOUS MAINTENANT:
RABAISCAMPUS.COM/ASSO - 1 800 265-0180

Offre d'une durée limitée. Les prix rayés sont ceux en kiosque. Certaines conditions peuvent s'appliquer.
Prix et disponibilité des publications sujets à changements sans préavis. Taxes en sus. Imprimé 01/2018

Le Phare Enfants et Familles, maison de soins palliatifs pédiatriques

Les soins de fin de vie sont une réalité difficilement associée à l'enfance. Créé en 1999, l'organisme Le Phare Enfants et Familles a développé une expertise et une gamme de services destinées aux enfants et aux adolescents de moins de 18 ans qui répondent aux critères établis par les Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques (MSSS, 2006).

par **LYSE SAVARD**

L'infirmière Judith Vaillancourt travaille au Phare depuis 2014. Elle reçoit les demandes d'admission. « Les appels proviennent de plus en plus des familles, dit-elle. Souvent, elles viennent de recevoir un diagnostic. Un sombre pronostic ne signifie pas que l'enfant est en fin de vie, nuance-t-elle. Les soins palliatifs peuvent soutenir les traitements curatifs et suivre leur évolution en s'ajustant au besoin. »



« Les enfants, il n'y a rien de plus vrai. Ils veulent vivre le plus intensément possible jusqu'à la fin. Les accompagner, eux et leurs familles, est très valorisant. »

JUDITH VAILLANCOURT
Infirmière de liaison, Le Phare Enfants et Familles

Situé à Montréal, le Phare est la première maison de soins palliatifs pédiatriques au Québec. Il accompagne aussi les familles. Il offre entre autres des périodes de répit à domicile, des ateliers de soutien et des groupes dédiés à la fratrie. Il compte 65 employés et plus de 300 bénévoles. Pour eux, divertir les enfants est un volet essentiel des soins pédiatriques. Le jeu permet aux enfants d'oublier leur maladie tout en contribuant au maintien de leurs capacités motrices, cognitives et communicationnelles.

« UN ENFANT QUI N'A PAS MAL VA JOUER »

« Le Phare est un milieu de vie chaleureux, affirme Judith Vaillancourt. Ce n'est pas un milieu triste même si c'est rempli d'émotions. Pour nous, 'S'amuser jusqu'au bout de la vie', ce n'est pas seulement le slogan du Phare. Un enfant qui n'a pas mal est un enfant qui va jouer. Soulager la douleur fait partie de notre expertise en soins palliatifs. »

Une équipe interdisciplinaire – médecins, infirmières, préposés, travailleur social, éducateur spécialisé, éthicien, etc. – assure les soins médicaux et psychosociaux. Elle travaille en étroite collaboration avec les équipes soignantes des centres hospitaliers.

Une équipe d'animation est dédiée aux activités des enfants. Elle est soutenue par des bénévoles qualifiés ainsi que par des zootherapeutes, musicothérapeutes, massothérapeutes, clowns thérapeutiques et artistes bénévoles. Une variété d'activités comme la musique, la lecture, le bricolage, des jeux extérieurs et de l'artisanat sont à l'horaire pour correspondre aux goûts et aux habiletés de chacun. Une piscine, une cour extérieure et des salles de musique, d'art et de jeux sont aménagées. Des sorties au Jardin botanique, au théâtre et au cinéma sont organisées.

Les enfants sont accueillis au Phare pour différents types de séjours (**Encadré 1**). Douze enfants peuvent y être hébergés en même temps. Des séjours de transition sont offerts après une longue hospitalisation ou lorsqu'une nouvelle technique de soins doit être acquise, par exemple. Au moment où la santé de l'enfant se détériore, une planification de soins est établie avec la famille et l'équipe traitante. L'enfant peut alors demeurer au Phare jusqu'à la fin de sa vie. Le Phare offre ainsi une solution de remplacement au domicile ou à l'hôpital. L'enfant peut vivre ses derniers moments dans une atmosphère familiale en étant entouré de professionnels.

« Cet enfant, nous l'avons aussi connu dans ses périodes de répit. Au fur et à mesure que nous l'avons accompagné – lui et sa famille – dans toutes les étapes de sa maladie jusqu'à son décès, notre lien de confiance est devenu de plus en plus fort », explique Judith Vaillancourt.

Le Phare Enfants et Familles est accrédité par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Plus de 50 % de ses activités et services s'autofinancent grâce aux contributions de donateurs et aux campagnes comme « Ma fête en cadeau ». ●

RÉFÉRENCE

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). Normes en matière de soins palliatifs pédiatriques. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-902-05.pdf>

À CONSULTER

Le Phare : www.phare-lighthouse.com/

Encadré 1 CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ SELON LES NORMES EN MATIÈRE DE SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES

GROUPE 1

Enfants présentant des conditions pour lesquelles un traitement curatif est possible. Les soins palliatifs peuvent être nécessaires pendant des périodes d'incertitude ou quand les traitements curatifs sont inefficaces (p. ex. : cancer; atteinte cardiaque, rénale ou hépatique sévère).

GROUPE 2

Enfants présentant des conditions où une mort prématurée est inévitable. Ces enfants peuvent avoir besoin de longues périodes de traitements intensifs destinés à prolonger leur vie et à leur permettre de participer à des activités normales pour des enfants de leur âge (p. ex. : fibrose kystique, dystrophie musculaire).

GROUPE 3

Enfants présentant des conditions progressives sans espoir de guérison. Les traitements offerts à ces enfants sont uniquement palliatifs et peuvent s'étendre sur des années (p. ex. : maladie de Batten, mucopolysaccharidose).

GROUPE 4

Enfants présentant des problèmes neurologiques graves accentuant leur vulnérabilité et accroissant les risques de complications pouvant amener une détérioration non prévisible, mais considérée comme non progressive de leur état (p. ex. : accidents avec atteintes neurologiques, paralysie cérébrale grave).

GROUPE 5

Nouveau-nés dont l'espérance de vie est très limitée.

Source : MSSS, 2006.

ENEZ 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

Clientèle jeunesse atteinte d'un trouble du spectre de l'autisme

Le rôle infirmier à la Clinique de développement du CHU Sainte-Justine

Le rôle du personnel infirmier auprès de la clientèle atteinte d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) comporte de multiples facettes, dont une liée au domaine des relations humaines : soutien et accompagnement de la famille, communication du processus d'évaluation, enseignement sur les actions pouvant être entreprises par la famille en attendant l'évaluation, plaider pour l'accès aux services – désigné en anglais par le mot *advocacy*.

par **DENYSE PERREAULT**

Hugues Charron est infirmier coordonnateur à la Clinique de développement du CHU Sainte-Justine. Il précise que son intervention auprès des enfants et de leur famille dans l'équipe multidisciplinaire se situe autant à l'étape du dépistage que lors du processus d'évaluation ou du suivi médical.

La prévalence du TSA au Québec varie de 0,7 % à 1,8 %, selon les régions, chez les jeunes âgés de 4 à 17 ans (INSPQ, 2017). Malgré des ressources insuffisantes et de longues listes d'attente pour avoir accès aux professionnels des centres de réadaptation, le dépistage et l'intervention précoces devraient être prioritaires afin de donner les meilleures chances à l'enfant, explique Hugues Charron. L'état de l'enfant, l'éventuelle dangerosité de ses comportements (automutilation) et des parents fragilisés par l'épuisement constituent plusieurs des facteurs qui militent en faveur d'une intervention rapide. « Les services s'appuient sur des interventions de réadaptation individualisées combinées à un traitement pharmacologique, le cas échéant. »



« Notre rôle est celui d'une infirmière pivot, d'une sorte de chef d'orchestre chargé d'informer les parents et de les rassurer. »

HUGUES CHARRON
Infirmier coordonnateur à la Clinique de développement du CHU Sainte-Justine

Il convient avant tout de convenir d'un plan d'intervention personnalisé avec les parents et l'enfant, par exemple afin de trouver des solutions aux problèmes de sommeil et de constipation souvent présents chez les enfants touchés par un TSA, stabiliser l'environnement familial, gérer l'enchaînement des services et en faire le suivi.

« Notre rôle est celui d'une infirmière pivot, d'une sorte de chef d'orchestre chargé d'informer les parents et de les rassurer. Une dimension importante de notre travail consiste à accompagner parents et enfants dans l'évolution du diagnostic et du suivi neurodéveloppemental. Nous répondons à leurs appels au sujet de la médication, des comportements ou des services de réadaptation ou scolaires. Notre équipe fait aussi le lien entre les familles et les équipes multidisciplinaires partenaires ou les collaborateurs extérieurs au CHU Sainte-Justine. »

FORMATION CONTINUE

Comme les activités cliniques du personnel du centre hospitalier s'effectuent en général en contexte d'unité de soins et non en contexte d'évaluation neurodéveloppementale, il n'est pas toujours possible pour le personnel infirmier de décoder et de reconnaître les atypies de

l'enfant touché par un TSA. « Notre clinique dispose d'une salle miroir nous permettant de former le personnel à mieux reconnaître les signes cliniques de l'enfant avec suspicion de trouble neurodéveloppemental. Nos collègues qui connaissent moins le TSA ont souvent en tête l'image d'enfants qui vivent dans leur bulle. Une séance d'observation derrière le miroir permet de constater que leur réalité se révèle, la plupart du temps, beaucoup plus complexe et subtile. » ●

Le CHU Sainte-Justine a produit une série de capsules Web pour démystifier certains aspects du TSA, en présentant notamment le point de vue du personnel soignant de l'établissement. De la communication aux besoins sensoriels, en passant par la gestion de crise, l'équilibre familial et les avancées scientifiques, ces capsules renseignent les parents ainsi que les membres du réseau de la santé et des services sociaux qui sont moins au fait du TSA. Pour en savoir plus : www.chusj.org/tsa.

RÉFÉRENCE

Institut national de santé publique. (2017). Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2310_surveillance_trouble_spectre_autisme.pdf

« Mieux vaut prévenir que guérir! »
Et prévenir passe aussi par le soin de pieds!

{ Nos 600 infirmières ont une formation de perfectionnement en soins podologiques }

Vos clients ont des problèmes aux pieds?
Référez-nous !

AIISPO
Association des infirmières et infirmiers en soins podologiques du Québec

514 344-7212 www.aiispq.org 1 800-771-9664 info@aiispq.org

Pour nous joindre nouvelle adresse:
2545 rue de Lorimier, suite 295, Longueuil Qc J4K 3P7

Une alliance gagnante pour les personnes atteintes de cancer

Réseau de la santé et milieu communautaire

Plus de 53 000 Québécois recevront un diagnostic de cancer en 2018. Avec le vieillissement de la population, le nombre de cas ne cessera d'augmenter dans les prochaines années. Comment pouvons-nous répondre aux besoins croissants des personnes atteintes de cancer et de leurs proches dans un contexte où les ressources du réseau de la santé sont limitées?

par **NANCY NADEAU, infirmière pivot, et VÉRONIQUE ST-LAURENT**

Le cancer est complexe et il s'avère irréaliste de s'attendre à ce que les équipes soignantes puissent répondre à l'ensemble des besoins de leurs patients. Il est donc primordial de diriger les demandes vers les bons services et les ressources appropriées afin que la clientèle puisse obtenir un soutien adéquat et des réponses à ses préoccupations.

Dans un tel contexte, de nouvelles formes de collaboration entre le réseau de la santé et un organisme communautaire comme la Société canadienne du cancer (SCC) s'imposent.

DES RESSOURCES RÉPONDANT AUX BESOINS NON COMBLÉS

Un récent rapport révèle que le soutien émotif et l'information sont les domaines d'intervention pour lesquels les patients se disent les plus insatisfaits (Partenariat canadien contre le cancer, 2016). Heureusement, il existe plusieurs ressources pouvant améliorer l'expérience des patients à cet égard.

Une fois le diagnostic reçu, les personnes touchées par le cancer vont souvent par elles-mêmes chercher sur Internet. Toutefois, au lieu d'être rassurante, la recherche en ligne susciterait plutôt de l'incompréhension et de l'anxiété chez les patients et leurs proches¹. Pour combler ce besoin d'être renseigné, la SCC offre depuis plus de 20 ans la possibilité de parler avec un spécialiste en information formé et compétent. L'information vulgarisée, fiable et crédible est révisée régulièrement par des experts, en plus d'être livrée avec sensibilité et empathie.

Aucun conseil médical n'est prodigué par les spécialistes en information. L'approche vise plutôt à outiller les gens à prendre des décisions éclairées et à renforcer la relation entre le patient et l'équipe soignante.

Les préoccupations des personnes touchées par le cancer sont multiples et souvent d'ordre pratico-pratique. Certains organismes ferment leurs portes, d'autres offrent de nouveaux services. Il devient difficile pour le personnel soignant d'être à jour sur tous les changements ou nouvelles ressources. Grâce au répertoire de ressources de la SCC contenant plus de 1 000 services au Québec, les spécialistes en information sont en mesure de diriger les personnes vers toute une panoplie de services, tels que de l'aide financière ou des services de transport, pouvant contribuer à alléger le fardeau de la maladie.

BESOINS ÉMOTIFS

Selon une récente étude canadienne, 56 % des patients éprouvant des préoccupations d'ordre émotif lors de l'annonce du diagnostic n'ont pas été orientés vers des services qui les aideraient à mieux composer avec leur anxiété (Coronado et al, 2016). Les patients souffrant de troubles anxieux ou psychologiques sévères doivent être pris en charge par le réseau, mais la grande majorité peuvent trouver du réconfort auprès des services du milieu communautaire. La SCC répond aux besoins émotifs par ses trois programmes de soutien par les pairs :

- le jumelage téléphonique par lequel une personne touchée peut parler à un bénévole formé « qui est aussi passé par là »;
- les groupes de soutien mensuels, tous animés par des professionnels de la santé;
- le réseau social en ligne ParlonsCancer.ca, disponible 24 heures sur 24, et modéré par l'équipe de soutien psychosocial de la SCC.

En ligne, au téléphone ou en personne, les personnes atteintes et leurs aidants peuvent choisir la forme de soutien qu'ils préfèrent.

QUELQUES PISTES POUR UNE COLLABORATION EFFICACE

Au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, par exemple, il a été décidé d'offrir à tous les nouveaux patients ayant reçu un diagnostic de cancer une pochette contenant de l'information, dont le dépliant des services de soutien et la brochure *Faire face au cancer* de la SCC.

La référence systématique à la SCC est un autre moyen de resserrer le maillage entre le réseau de la santé et les ressources du milieu communautaire. Le principe est simple : l'infirmière obtient l'autorisation du patient d'être contacté par un spécialiste en information, lequel prendra le temps de répondre à ses questions et de discuter de ses préoccupations afin de l'orienter vers les ressources appropriées. À ce jour, la SCC a des ententes de référencement systématique avec des établissements de quatre régions.

Le réseau de la santé et le milieu communautaire partagent une vision commune : une meilleure qualité de vie pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches. Travailler ensemble, c'est faire de cette vision une réalité. ●

1. Sondage réalisé par la société Vision Critical auprès de 1 508 Canadiens (dont 371 Québécois) en janvier 2016 pour le compte de la Société canadienne du cancer.

LES AUTEURES

NANCY NADEAU
inf.

Infirmière pivot au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et animatrice des groupes de soutien mensuels de la Société canadienne du cancer.

VÉRONIQUE ST-LAURENT
coordonnatrice

Coordonnatrice du Service d'information sur le cancer de la Société canadienne du cancer.

Article rédigé avec la collaboration de Nathalie Parent, chargée de projet, programmes et politiques, à la Société canadienne du cancer.

RÉFÉRENCES

Coronado, A. C., Tran, K., Chadder, J., Niu, J., Fung, S., Louzado, C., ... the Technical Working, G. (2017). The experience of patients with cancer during diagnosis and treatment planning: A descriptive study of Canadian survey results. *Curr Oncol*, 24(5), 332-337. Repéré à <http://dx.doi.org/10.3747/co.24.3782>

Partenariat canadien contre le cancer. (2016). Rapport de 2016 sur le rendement du système de lutte contre le cancer. Repéré à <http://www.systemperformance.ca/fr/report/rapport-de-2016-sur-le-rendement-du-systeme-de-lutte-contre-le-cancer/>

C'EST DANS LA PEAU

QUE BIODERMA
A TROUVÉ LA SOLUTION
POUR RECONSTRUIRE SA
BARRIÈRE PROTECTRICE



+93%*

d'hydratation et
renforcement de
la **barrière cutanée**

(en utilisant Atoderm Huile de Douche + Intensive Baume)

Atoderm Huile de Douche

24H D'HYDRATATION ET DE CONFORT
IMMÉDIAT DÈS L'HYGIÈNE

La peau reconstruit immédiatement sa barrière protectrice.

Le brevet biologique Skin Barrier Therapy™ réduit l'irritation de la peau.

Sa texture soyeuse nettoie, restaure les lipides et apaise, laissant la peau satinée et ultra confortable. Durablement.

Atoderm Intensive Baume

SOIN HYDRATANT RÉPARATEUR ET
ANTI-DÉMANGEAISONS

Immédiatement la peau est hydratée, les démangeaisons sont diminuées et la peau reconstruit elle-même sa barrière protectrice grâce au Brevet Skin Barrier Therapy™.

La peau est apaisée, confortable et plus résistante. Durablement

Rejoignez le CLUB
BIODERMA
via www.bioderma.ca



#BiodermaCanada
www.bioderma.ca

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

*Test d'hydratation sur 11 sujets utilisant Huile de douche avec Intensive Baume durant l'hiver, DermScan Poland, 2016

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PRIX

INSIGNE DU MÉRITE 2018

Il y a 1000 façons
d'exceller, mais un seul
Insigne du mérite!

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

Clémence Dallaire
*Lauréate de l'Insigne
du mérite 2017*



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Renseignements
oiiq.org/insigne

MOT DE LA RÉDACTION

Des nouveautés!

Vous tenez entre vos mains un *Perspective infirmière* à l'allure graphique entièrement renouvelée, plus contemporaine et plus attrayante.

Votre revue professionnelle de l'OIIQ vous proposant dans chacun de ses numéros un riche contenu clinique orienté vers le transfert des connaissances et la formation continue, il devenait impératif de faciliter davantage votre lecture et l'acquisition de connaissances grâce à une mise en page sobre et plus aérée ainsi qu'à des tableaux épurés.

En vue de préparer ce changement graphique, nous avons voulu évaluer votre intérêt pour la revue. Un sondage en ligne mené à l'automne 2017 nous a appris que 92 % d'entre vous apprécient *Perspective infirmière*. Les articles de pratique clinique et de pharmacovigilance, la rubrique Mythes et réalités ainsi que les articles de formation continue (ACFA) figurent parmi vos préférés. Le niveau de langage utilisé et la qualité de la rédaction font partie des éléments que vous reconnaissez comme des forces. Ce sondage nous a aussi appris que bon nombre d'enseignants utilisent des articles de *Perspective infirmière* comme outil pédagogique, ce qui démontre la qualité et la pertinence du contenu clinique de la revue.

Cette reconnaissance vous revient en grande partie à vous, infirmières et infirmiers, qui nous proposez des articles de pratique clinique ou de recherche afin de contribuer à la mise à jour des connaissances de vos pairs. Nous vous invitons à poursuivre cet engagement en continuant d'envoyer vos propositions de textes à revue@oiiq.org. Et pourquoi ne pas profiter de l'occasion pour donner votre avis sur le nouveau *Perspective infirmière*!

L'évolution graphique de la revue est par ailleurs une façon pour l'OIIQ de vous montrer qu'il croit toujours fermement à la pertinence d'une revue papier pour atteindre les infirmières et infirmiers de partout au Québec. Cela dit, *Perspective infirmière* rayonne évidemment sur le site Web qui, lui aussi, a subi une magistrale cure de fraîcheur.

UN SITE WEB À LA NAVIGATION PLUS EFFICACE ET INTUITIVE

En effet, grâce à un nouveau design, à une navigation repensée et, surtout, au regroupement en un seul lieu des nouvelles, de la formation continue et des offres d'emploi, le nouveau site Web procure une expérience utilisateur optimale, et ce, qu'on le consulte à partir d'un ordinateur de bureau, d'une tablette ou d'un téléphone intelligent. Il est important de savoir que dans le nouveau site Web, vous pouvez gérer vos interactions avec l'Ordre. **En vous connectant à « Mon compte », vous pouvez dès maintenant renouveler votre inscription au Tableau, consulter vos factures et accéder aux avantages exclusifs aux membres.** Ce n'est qu'un début, puisqu'à partir de « Mon compte », vous pourrez bientôt accéder à de nouvelles fonctionnalités, comme le registre des formations. ●

Venez nous visiter à www.oiiq.org!

Un guide pour aider l'enfant anxieux

L'anxiété est un « état émotionnel de tension nerveuse » lié à la peur, qui peut devenir chronique faute de traitement. Les enfants n'en sont pas épargnés et, chez certains, elle peut prendre une ampleur telle qu'elle nuit au fonctionnement de sa vie quotidienne. Signé Sophie Leroux, docteure en psychologie au CHU Sainte-Justine, le guide pratique *Aider l'enfant anxieux* est destiné aux enfants d'âge scolaire et aux jeunes adolescents qui vivent cet état d'alerte, ainsi qu'à leurs parents et aux intervenants concernés par la problématique.

par DENYSE PERREAULT

Par le truchement d'un conte thérapeutique illustré, le guide vient en aide aux enfants anxieux en les familiarisant avec les causes, les déclencheurs et les manifestations de l'anxiété. L'enfant peut s'identifier au personnage principal, une luciole qui doit glaner du miel dans une forêt où rôdent des ours potentiellement sources de danger.

Publié dans la collection *Pour la vie* des Éditions du CHU Sainte-Justine, le guide propose des outils de prévention et d'intervention s'appuyant sur des approches cliniques reconnues et l'expérience clinique de l'auteure dans le traitement de l'anxiété.

L'anxiété peut trouver son origine dans une prédisposition biologique ou être transmise de façon héréditaire (ou par modèle dans le cas d'une famille adoptive ou recomposée). Sophie Leroux souligne qu'avoir un parent trop dégagé, trop désinvolte, peut aboutir au même résultat. L'absence de cadre et de limites peut insécuriser l'enfant prédisposé. Malgré les similitudes, « le profil de crainte

de chaque enfant est unique et parfois déroutant », écrit-elle. C'est pourquoi le guide contient des questionnaires destinés à la fois aux enfants et aux parents, pouvant être remplis avec ou sans l'aide d'un professionnel. Ils permettent d'évaluer la situation et de choisir les outils d'intervention les plus appropriés à chaque enfant. Les outils d'intervention et de prévention aident à apaiser le corps et la tête, dans laquelle s'agitent des pensées en mouvement, qui ne sont pas nécessairement vraies... ni toujours utiles.

Sophie Leroux décrit, entre autres, le principe de la pleine conscience, inspiré de la pensée bouddhiste, souvent pratiquée sous forme de méditation, qui consiste à porter son attention sur le moment présent, sans jugement. « Ce courant a été introduit dans la psychologie scientifique dans les années 1970, signale-t-elle. Sa pratique régulière offre des bienfaits psychologiques, notamment un état mental qui prémunit contre le stress, l'anxiété et la dépression. [...] Elle gagne en popularité auprès des enfants en raison de ses bienfaits répertoriés sur l'équilibre émotionnel, la capacité de résilience, les échanges familiaux et la capacité d'attention. »

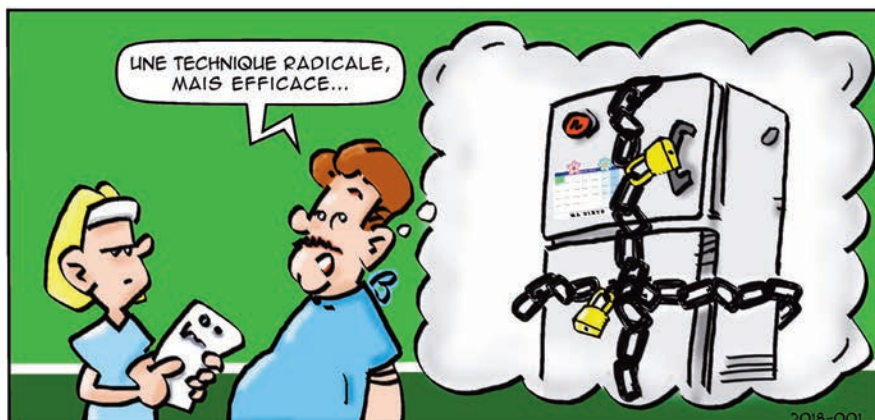
Les exercices pour « muscler la tête » illustrent la capacité du cerveau à apprendre, à affronter des situations problématiques et à interagir. La technique de l'exposition graduée aide l'enfant à se préparer à s'exposer graduellement à la peur au lieu de la fuir systématiquement : une routine de vie prévisible et stable favorise certes l'apaisement, mais l'introduction de variantes facilite aussi le développement d'une tolérance à la nouveauté et aux changements. ●



Sophie Leroux, *Aider l'enfant anxieux*, guide pratique pour parents et enfants, Éditions du CHU Sainte-Justine, Coll. Pour la vie, 2016, 168 p.

STAT

TRAITEMENTS ANTI-OBÉSITÉ





« En région, vous apprendrez beaucoup. Nos cas sont les mêmes que ceux qui sont vus dans les grands centres. Nous avons le temps de faire de l'enseignement. C'est une expérience enrichissante. »

Marthe Isabel

Infirmière d'urgence en Haute-Gaspésie

« Le matin, quand j'enfile mon uniforme, j'ai l'impression de retrouver mes vingt ans », lance Marthe Isabel. L'assistante-infirmière-chef aux soins critiques a de multiples facettes : mentor, leader, perfectionniste, savante, passionnée, énergique, boute-en-train, confiante. Son territoire est la Haute-Gaspésie; son royaume, l'urgence de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts.

par **LYSE SAVARD**

« Pour travailler dans une urgence en région, il faut être allumée et débrouillarde, raconte-t-elle. Il faut avoir des plans B parce qu'il n'y a pas de spécialiste à nos côtés. L'infirmière au triage et l'infirmière en salle d'observation doivent être vigilantes parce qu'une douleur abdominale, par exemple, peut avoir des causes multiples. Des anévrismes cérébraux, nous en voyons souvent dans notre pratique et nous devons les discerner d'une migraine ou d'une autre condition clinique ayant une présentation similaire. Il faut aussi pouvoir utiliser certaines techniques même si on ne les pratique pas souvent, car demain, je devrai peut-être assister un médecin qui effectuera une perfusion intra-osseuse. »

LA HAUTE-GASPÉSIE

Au début de sa carrière, il y a 31 ans, Marthe Isabel a travaillé « à plusieurs étages », toujours à Sainte-Anne-des-Monts. Après l'obstétrique et la gériatrie, son besoin d'action l'a menée à l'urgence en 2002, où son enthousiasme a continué de galvaniser ses collègues.

Originaire de Grosses-Roches dans le Bas-Saint-Laurent, elle vit à Cap-Chat à proximité de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts qui dessert la Haute-Gaspésie, un territoire de 5 200 km² carrés habités par 12 000 personnes. Au cours des années, cette magnifique région s'est métamorphosée en centre récréotouristique. Le centre hospitalier fait face au fleuve. À l'arrière, ce sont les hautes montagnes qui contribuent à la beauté des lieux. « Quelle que soit la saison, je rencontre des gens qui viennent de partout », explique l'infirmière, adepte de plein air.

La Haute-Gaspésie, c'est aussi une communauté qui suscite un fort sentiment d'appartenance. « Nous sommes près de nos gens au quotidien. C'est un beau côté de la pratique en région. Souvent, nous vivons de l'anxiété parce que nos patients sont aussi des gens que nous connaissons. Mais quand nos interventions ont permis de les soigner,

on ressent une joie immense », dit Marthe Isabel. « Parfois, à l'épicerie, des gens me saluent parce qu'ils m'ont vue à l'urgence. » L'urgence reçoit quotidiennement quarante à quarante-cinq patients. Ce nombre augmente pendant la période grippale ainsi que l'été en raison de l'affluence touristique. L'équipe compte sur douze infirmières, dont quatre pour le quart de jour, trois le soir et deux la nuit, en plus de celles qui sont assignées aux soins intensifs.

Dans la salle d'observation se trouvent six civières et trois lits de soins intensifs. L'urgence comprend une salle de réanimation, plusieurs salles de consultation pour les médecins, une salle de triage, une salle psychiatrique utilisée au besoin, ainsi qu'une salle de chirurgie utilisée notamment pour les réparations de plaies et blessures et les soins ophtalmologiques. L'urgence est aussi pourvue d'une salle d'isolement visant à prévenir et à contrôler les infections.

« Nous recevons tous les cas, explique Marthe Isabel. Une fois que le diagnostic est posé et le patient stabilisé, nous utilisons les services du Programme d'évacuations aëromédicales du Québec (EVAQ) pour transférer ceux que nous ne pouvons pas traiter. »

« Certes, notre volume de clients n'est pas le même que dans les grands centres. En ville, par exemple, tu peux recevoir sept infarctus par jour. Ici, ce sera un aux trois jours, parfois un par semaine. C'est pourquoi il faut être encore plus aux aguets en urgence rurale. Car même si nous avons moins de personnes intubées, polytraumatisées, victimes d'hémorragie cérébrale ou d'accident vasculaire cérébral ou encore de grands brûlés, nos problèmes sont les mêmes que dans les urgences des grands centres. Une dissection aortique thoracique, cela se voit rarement mais c'est arrivé. J'avais lu un article sur le sujet dans *Perspective infirmière* et j'ai reconnu les symptômes. L'angiotomodensitométrie a confirmé. Pendant ce temps, nous avions déjà communiqué avec l'avion-ambulance.

« Le travail de collaboration interprofessionnelle avec le médecin est exceptionnel. Le médecin, c'est mon compagnon de travail. Il nous respecte. Il nous écoute. Nous formons une famille. »

Nous n'avons pas perdu une seconde. Le patient a été transféré. Trois mois plus tard, je l'ai revu debout. Lui ne se souvenait de rien, mais moi, j'étais très heureuse. »

« À l'urgence d'un établissement de santé d'une grande ville, un patient qui se présente pour un problème cardiaque sera envoyé en coronarographie. Ici, il ne va nulle part. Il recevra une thrombolyse cardiaque. L'infirmière au triage fera rapidement sa requête pour que le médecin reçoive l'électrocardiogramme et que le patient soit rapidement thrombolysé. Il sera ensuite transféré à Québec. » Cet exemple démontre l'importance pour les jeunes infirmières qui arrivent à Sainte-Anne-des-Monts d'avoir des connaissances à jour.

PERFORMANTES ET ENGAGÉES

« Je suis perfectionniste et mes exigences sont aussi très élevées envers les collègues de mon équipe, affirme Marthe Isabel. Quand les ambulanciers amènent une personne victime d'un grave accident de la route, je tiens à ce que nous soyons aussi performantes que les infirmières de l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. »

Marthe Isabel ne s'en cache pas. Elle veut que ses infirmières soient les meilleures au Québec. Elle veut aussi que l'urgence de l'Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts obtienne le meilleur temps d'attente. « Je travaille dans ce sens et mon équipe aussi. Nous sommes une équipe de professionnels qui travaillent fort et qui visent à prodiguer des soins selon les plus hautes normes de qualité. On lit, on étudie, on maintient nos connaissances à jour, on discute de nos apprentissages, on fait des simulations. Nous sommes toujours prêtes à la tragédie. »

« Quand arrive un patient victime d'un grave traumatisme crânien ou d'un accident vasculaire cérébral, j'agis comme leader dans la salle de réanimation en attribuant un rôle à chacun. Cela permet à chaque membre de l'équipe de se concentrer sur son travail pendant que je m'assure que tout se

fait calmement et correctement. Ensuite, je m'occupe de la famille. »

Comme ailleurs au Québec, plusieurs ont recours à l'urgence faute d'accès aux services de première ligne. « Même si ça s'améliore, beaucoup n'ont pas de médecins de famille et viennent consulter pour des problèmes qui devraient être pris en charge dans la communauté. »

Marthe Isabel se fait un point d'honneur de tenter de réduire le temps d'attente. « Avec l'équipe médicale, on tente de réagir rapidement pour que le patient puisse être dirigé au bon endroit. Les ordonnances collectives nous permettent d'accélérer le diagnostic médical et facilite l'accès aux soins. La collaboration interprofessionnelle avec le médecin et les autres membres de l'équipe de soins est essentielle. » Le rôle de coordination et de planification des soins est aussi vital. Pendant que le patient est encore à l'urgence, les infirmières doivent dès lors entreprendre des démarches avec le patient, sa famille et l'équipe multidisciplinaire afin de planifier l'hospitalisation, le transfert ou le congé de la personne.

L'HUMOUR

L'humour détend et le sourire soulage, croit Marthe Isabel, que ses collègues appellent la maman de l'urgence. « Je souris tout le temps. Le sourire, c'est le meilleur des analgésiques. C'est ma force à moi. Les patients me le disent. Quand tu es là, tu nous fais rire, tu nous fais du bien. »

« Il faut avoir de l'empathie et de la chaleur humaine. Même si on est à la course, il faut prendre le temps. Écoutez un patient, car cela lui fait un bien énorme. » L'infirmière considère la famille comme une partie

intégrante du patient. « Si je traite un patient, je traite sa famille. Souvent, tu dois parler avec des mots simples. Tu n'as pas besoin de grands mots pour les rassurer. »

Après plus de 30 ans de pratique, Marthe Isabel n'est pas prête à prendre sa retraite. « Ma vie, c'est l'hôpital. Ma première réussite, ce sont mes deux grands garçons, ma deuxième, ma profession. »

Marthe Isabel n'est pas à court d'arguments pour promouvoir la pratique en région auprès des jeunes infirmières. « Vous apprendrez beaucoup. Tous les cas des grands centres, nous les avons. Avec une quarantaine de visiteurs par jour, nous avons le temps de faire de l'enseignement. C'est une expérience professionnelle merveilleuse. » C'est aussi un milieu de vie très riche.

Les jeunes qui tentent l'aventure restent en général deux à quatre ans. Pourquoi? Marthe Isabel explique : « Le problème en région, c'est le conjoint ou la conjointe qui ne trouve pas d'emploi. À moins d'être dans les secteurs de la santé ou de l'éducation, c'est difficile. C'est ce qui me fait perdre mes infirmières. Celles qui nous quittent pour des raisons familiales partent le cœur gros. » ●



© Roger St-Laurent photographie

30 %

de rabais sur
un forfait

PARTAGEZ TOUT_{MC}!

Visitez la section

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



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

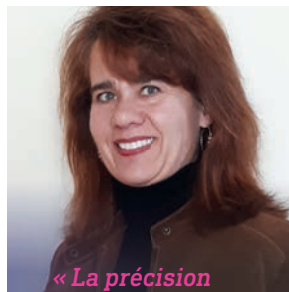
PRIX RÉGIONAUX
**INNOVATION
CLINIQUE**
BANQUE NATIONALE
2017

Mauricie/Centre-du-Québec

Apprendre grâce à un laboratoire anatomique

par **NATHALIE BOËLS**

En 2014, l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a obtenu une subvention visant à inviter les enseignants des cégeps à utiliser leur laboratoire d'anatomie pour l'enseignement. C'est ainsi qu'est né le partenariat de l'UQTR avec le Collège de Shawinigan pour le projet intitulé *Laboratoire anatomique : stratégies pédagogiques d'apprentissage et de consolidation des acquis*. Depuis, les finissants en soins infirmiers de ce cégep raffinent leur apprentissage de l'anatomie du corps humain en observant et en manipulant des pièces anatomiques de cadavres humains.



*« La précision
du geste acquise
au Laboratoire
anatomique
augmente la qualité
et la sécurité des
soins, une donnée
prioritaire. »*

HÉLÈNE TURGEON
Infirmière, enseignante au
Collège de Shawinigan et
porte-parole du projet

CONCRET ET TANGIBLE

Trois stations d'apprentissage – système respiratoire, système cardiaque, réanimation – ont été créées. Les étudiants, réunis en petits groupes de trois ou quatre, observent et touchent les organes sains ou pathologiques mis à leur disposition. Ils peuvent entre autres manipuler un cœur, une artère sclérosée ou un poumon atteint d'emphysème. Avec ce programme, que nous appelons *Je regarde, je repère, je manipule*, les

étudiants ont accès à la troisième dimension, c'est-à-dire la profondeur. Ils développent des repères, des points d'ancrage », explique l'infirmière Hélène Turgeon, enseignante au Collège de Shawinigan et porte-parole du projet. Par exemple, les étudiants peuvent toucher un poumon sous la cage thoracique pour discerner à partir de quelle côte se trouve le repère des différents lobes de cet organe.

Cette forme d'apprentissage se révèle également utile pour l'enseignement des traitements invasifs, comme l'utilisation d'un cathéter central. Les étudiants peuvent constater jusqu'où se rend le cathéter au niveau des bronches et réaliser à quel point le cœur est près des poumons. « Les finissants peuvent pratiquer des gestes techniques dans un contexte se rapprochant de la réalité », explique l'enseignante. Enfin, grâce au laboratoire anatomique, les étudiants parviennent à une meilleure compréhension des organes et des pathologies.

CONSOLIDER LES ACQUIS

Cette expérience d'apprentissage optimise la compréhension et la rétention des notions théoriques afin de consolider les acquis. « Lorsque les étudiants arrivent en clinique, ils sont mieux préparés, plus confiants et plus performants, souligne Hélène Turgeon. Ces impressions sont corroborées par les infirmières qui encadrent nos étudiants en clinique. » Cette confiance en soi se traduit également dans l'enseignement que les étudiants prodiguent à leur patient.

Récompensé par de nombreux prix, le *Laboratoire anatomique* a fait l'objet d'un atelier dans le cadre du congrès 2016 de l'Association des enseignants et enseignantes en soins infirmiers collégiaux du Québec, où il a suscité l'intérêt d'autres institutions d'enseignement. « Mon souhait est que ce projet fasse partie intégrante du programme de formation des futures infirmières et qu'il puisse même être proposé aux infirmières en milieu clinique comme activité de formation continue », conclut Hélène Turgeon. ●

Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine

Suivi intégré des patients vivant avec une MPOC

par **NATHALIE BOËLS**

Les personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dont l'état se dégrade n'ont souvent comme seule option que de se rendre à l'urgence d'un établissement de santé, où elles seront hospitalisées à répétition. Une équipe du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent, secteur Kamouraska, a décidé d'agir davantage en prévention en assurant une meilleure cohésion des services destinés à cette clientèle. C'est ainsi qu'a été créé le projet *Approche concertée du traitement individualisé et intégrée de la clientèle atteinte de la maladie pulmonaire obstructive chronique* ou ACTII MPOC.

Cette approche a pour objectif d'améliorer le continuum de soins pour cette clientèle à risque en misant sur l'expertise infirmière. L'inscription des patients à l'ACTII MPOC, parfois strictement à titre préventif, peut dorénavant être faite à partir de plusieurs points de service (hôpital, milieux ambulatoires, soins à domicile). L'approche concertée vise à maintenir leur qualité de vie en évitant que leur état de santé ne se dégrade, car « une récurrence d'exacerbation de la MPOC a un impact négatif énorme à la fois sur la condition physique et la qualité de vie de la personne atteinte », signale Mélynda Caron, infirmière clinicienne et chargée de projet.

À titre d'exemple, un patient pourrait être inscrit à l'ACTII MPOC par une infirmière en ressource intermédiaire ou en soins à domicile pour des soins à une plaie et la surveillance de son état général, et ce, même si sa MPOC est bien contrôlée. « Le but est qu'il puisse bénéficier des effets positifs de l'approche concertée », ajoute Mélynda Caron.

AUTONOMIE INFIRMIÈRE

Projet basé sur la collaboration interprofessionnelle, l'infirmière clinicienne travaille au sein d'une équipe composée également d'un médecin, de deux inhalothérapeutes, d'une physiothérapeute, d'une kinésiologue, d'un nutritionniste et d'un gestionnaire.

L'infirmière clinicienne effectue l'évaluation globale des besoins du patient, fait le pont entre les autres professionnels, assure la communication avec le médecin traitant et coordonne les soins qu'elle et les autres professionnels de la santé auront à prodiguer. L'infirmière est aussi la personne-ressource et la formatrice en MPOC pour l'ensemble des installations de la région de Kamouraska.

De par son champ d'exercice et ses activités réservées, l'infirmière a l'autonomie pour diriger le patient vers d'autres professionnels à tout stade de la MPOC ou d'une autre maladie afin d'éviter les récurrences et une détérioration de sa qualité de vie. « Nous avons des yeux partout, que ce soit avant, pendant ou après une hospitalisation », illustre Mélynda Caron.

L'équipe utilise dorénavant des outils de travail communs pour le suivi du patient tout au long de sa trajectoire de soins, facilitant ainsi le partage et la consultation des d'informations. L'outil de suivi systématique, par exemple, contient toutes les informations numérisées et il est accessible aux membres de l'équipe à partir de tous les points de service. ●



« Les patients nous mentionnent que grâce à l'enseignement reçu et à la pratique régulière d'exercices, ils peuvent reprendre des activités qu'ils avaient cessé de faire il y a plusieurs années. »

MÉLYNDA CARON
Infirmière clinicienne au
CISSS du Bas-Saint-Laurent,
secteur Kamouraska,
et chargée de projet de
ACTII MPOC



FORMATION CONTINUE

Lisez l'article

Syndrome coronarien aigu et prévention secondaire

 **2-ACFA**

Répondez au questionnaire pour valider vos acquis et cumulez des heures de formation continue.

Visitez
oiiq.org/formations



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



INFIRMIÈRES DE PREMIÈRE LIGNE SOUS LES PROJECTEURS

Les lauréats 2018 des subventions de la Fondation de l'OIIQ



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

par **FRÉDÉRIQUE MORIER**

Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, des infirmières et infirmiers de groupes de médecine familiale (GMF) accompagneront les personnes touchées par le cancer dès l'annonce du diagnostic. En Outaouais, des infirmières d'une clinique de planification des naissances animeront des ateliers sur la contraception dans les ressources communautaires de la région.



ANDRÉANNE LEBEL
Infirmière clinicienne au
GMF les Myrtilles du Lac

LA SUBVENTION POUR MIEUX SOIGNER AU CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

L'importante subvention *Pour mieux soigner*, d'une somme de 225 000 \$, a été remise au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean pour un projet visant à favoriser un accompagnement précoce des personnes à qui l'on vient d'annoncer un diagnostic de cancer, par des infirmières et infirmiers exerçant dans les GMF. Ce suivi infirmier individualisé donnera lieu, le cas échéant, à une introduction plus rapide vers les soins palliatifs, nommés soins d'accompagnement.

La population desservie par les treize GMF du territoire deviendra la première au Québec à bénéficier de ce type d'accompagnement aussi tôt dans la trajectoire de soins, c'est-à-dire dès le moment où le patient apprend le diagnostic de cancer. Par ce projet, on souhaite aussi atteindre l'objectif d'optimiser la contribution des infirmières et infirmiers œuvrant en

GMF auprès des personnes touchées par le cancer tout au long de la trajectoire de soins.

Grâce à cette subvention, les infirmières et infirmiers de première ligne pourront offrir de meilleurs soins centrés sur les personnes touchées par le cancer en leur permettant d'occuper pleinement l'étendue de leur champ d'exercice, notamment par leurs activités réservées telles que l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et la surveillance clinique. Elles deviendront aussi des personnes ressources significatives. « Souvent, les gens associent les soins palliatifs à la mort, souligne Sylvie Massé, directrice des soins infirmiers au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dans plusieurs cas, ils sont en fin de vie lorsqu'ils reçoivent des soins palliatifs. Avec ce projet, nous voulons changer les choses et offrir des soins d'accompagnement tôt dans la trajectoire de soins pour que les patients se sentent soutenus et mieux préparés face à la maladie et aux étapes à venir. »

Une approche globale

« L'attention particulière accordée dans ce projet, non seulement à la santé physique de la personne, mais aussi à son bien-être mental, a séduit le comité de sélection », affirme Lyne Tremblay, infirmière et présidente de la Fondation de l'OIIQ. En plus de procéder à l'évaluation de la personne et de voir au soulagement de la douleur, l'infirmière ou l'infirmier demeure disponible pour répondre à ses questions, en personne ou par téléphone.

La vaste étendue du territoire desservi par le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean explique que des patients doivent parfois parcourir de longues distances en vue d'obtenir des traitements. « Avant de recevoir de la chimiothérapie ou de subir une intervention chirurgicale, le patient peut certainement avoir des interrogations et il est rassurant pour lui de savoir qu'une infirmière ou un infirmier est en mesure d'y répondre », croit Sylvie Massé.

La subvention remise par la Fondation de l'OIIQ sur une période de deux ans permettra au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean de développer plus avant le rôle novateur de l'infirmière et de l'infirmier de première



PHOTOS

1. Du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de gauche à droite : **ROBERTO BOUDREAU**, médecin de famille et chef du département régional de médecine générale 02 (DRMG); **NANCY HOUDE**, infirmière B. Sc. et gestionnaire; **SYLVIE MASSÉ**, infirmière M. Sc. et directrice des soins infirmiers, et **ISABELLE BOULIANNE**, infirmière MGO et adjointe aux affaires universitaires.
2. De la Clinique des femmes de l'Outaouais, de gauche à droite : **ANIK PROVENCHER** (infirmière), **NANCY CUSHMAN** (infirmière), **ANA PAULA DE MEDEIROS** (réceptionniste), **ANNE-MARIE COUSINEAU** (préposée à la stérilisation), **GINA TREMBLAY** (assistante à l'accueil), **PATRICIA LARUE** (directrice), **LOLA MCNAMARA** (infirmière-chef), **MANON BLANCHARD** (infirmière), **FRANÇOISE SEZNEC** (infirmière), **NATACHA MEILLEUR** (infirmière), **SARAH CHARBONNEAU** (infirmière) et **CLAIRE PAIEMENT** (infirmière).

ligne auprès des personnes touchées par le cancer. Appuyé par une équipe de recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et de l'Université de Sherbrooke, ce projet pourrait servir de modèle à d'autres régions.

LE PRIX COUP DE CŒUR LEADERSHIP ACCORDÉ À LA CLINIQUE DES FEMMES DE L'OUTAOUAIS

La Clinique des femmes de l'Outaouais a été désignée récipiendaire du prix Coup de cœur leadership par la Fondation de l'OIIQ. Cette récompense s'accompagne d'une bourse de 25 000 \$. En misant sur l'expertise infirmière, cette clinique offre des services de santé en matière de planification des naissances, notamment l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et la contraception.

L'appui financier de la Fondation permettra aux infirmières œuvrant à la Clinique des femmes de l'Outaouais d'optimiser leur contribution dans les soins et services offerts à la clientèle. Les infirmières de cette clinique envisagent d'atteindre davantage de femmes en situation de vulnérabilité en proposant des ateliers sur la contraception dans des ressources communautaires de la région. « Nous allons aller là où les femmes ont besoin de nous, affirme la directrice générale de la clinique, Patricia LaRue. Nous irons littéralement à leur rencontre. »

Proposant des soins à une clientèle sans médecin de famille ou à une population vulnérable, la Clinique des femmes de l'Outaouais se distingue par son approche humaine où les soins sont dispensés principalement par des infirmières. « Nous avons apprécié l'autonomie dont jouissent les infirmières dans ce projet, mentionne Lyne Tremblay. Cette démarche permet un accès accru à des soins et à des services de santé pour les femmes de l'Outaouais. »

Nous reviendrons plus en détail sur les deux projets récipiendaires des subventions 2018 de la Fondation dans les prochains numéros. ●

En contribuant à la campagne de financement de la Fondation, notamment lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre, vous soutenez des projets comme celui du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Clinique des femmes de l'Outaouais.

**Je
clique.
Je
donne.
Nous
soignons!**

Chaque année, près de 30 000 infirmières et infirmiers

choisissent d'offrir un meilleur accès aux soins de santé à la population en contribuant à la Fondation.

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

*Campagne
annuelle
2018*



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

*Pour mieux
soigner.*

fondationoiiq.org

À PROPOS DE LA *naloxone*

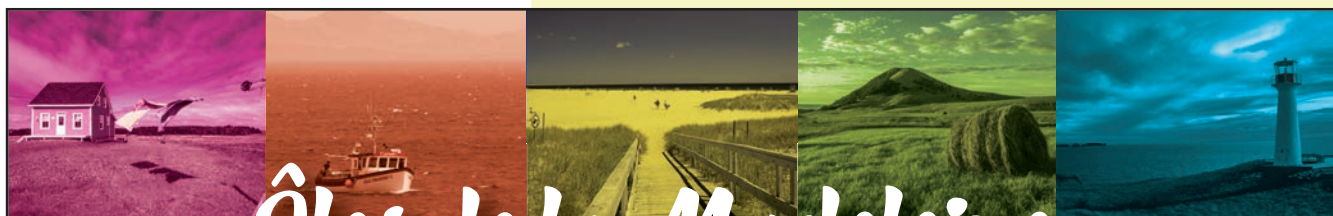
par **MARTINE LAFLEUR**
M. Sc. inf.

Le fentanyl, ce puissant opioïde qui a envahi le marché de la drogue, fait des ravages un peu partout au Canada et aux États-Unis. Bien que le Québec soit à ce jour moins touché que l'ouest du pays, l'augmentation du nombre de décès attribuables à une intoxication par opioïde observée dans les dernières années n'en demeure pas moins très préoccupante (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Afin de voir si vous y êtes préparé, testez vos connaissances sur le sujet dès maintenant!

RÉPONSES EN PAGE 64

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?

- | | ✓ | ✗ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. Le fentanyl consommé illégalement est uniquement utilisé sous forme de comprimés ou en injection. | ☐ | ☐ |
| 02. Le fentanyl consommé illégalement est consommé uniquement par des personnes dépendantes aux narcotiques. | ☐ | ☐ |
| 03. Toute personne peut administrer de la naloxone, sans prescription, par voie intranasale ou intramusculaire à une personne en surdose d'opioïdes qui se trouve à l'extérieur du réseau de la santé. | ☐ | ☐ |
| 04. Une personne qui veut se procurer de la naloxone doit l'acheter à la pharmacie de son quartier. | ☐ | ☐ |
| 05. Une personne qui donne ou prend de la naloxone lors d'une surdose n'a pas besoin de faire le 911. | ☐ | ☐ |
| 06. Les personnes en surdose et les témoins sont réticents à composer le 911. | ☐ | ☐ |



Îles de la Madeleine

Joins-toi à l'équipe!

Les avantages de venir aux Îles

- Poste de 14/28 sur 2 quarts
- Prime annuelle d'éloignement variant entre 6 911 \$ et 10 300 \$ au prorata des heures travaillées
- Frais de déménagement et de déplacement payés
- Sortie annuelle au frais de l'employeur pour l'employé et personnes à charge
- Pratique diversifiée
- Comité de relève infirmière
- Accès aux spécialités rapidement

© GEMINI Photos: Michel Bonato, Jeël Landry.

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles**

Québec



recrutement.archipel@ssss.gouv.qc.ca
www.cisssdesiles.com
418-986-2121 poste 8312

Violence conjugale

La comprendre pour mieux intervenir

Les femmes demeurent les principales victimes de la violence conjugale, peu importe la catégorie d'infractions, mais les statistiques les plus récentes indiquent qu'elles sont de plus en plus jeunes à la subir. Les adolescentes et les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont aujourd'hui celles qui courent le plus grand risque d'être agressées et même tuées par leur conjoint ou leur ami intime.

par **DENYSE PERREAULT**

Au cours des années 1970, sous la pression d'une mouvance féministe en pleine ébullition, la violence conjugale passe du statut de tabou circonscrit à la sphère privée à celui de préoccupation, puis de problème de santé publique, et il sera reconnu comme tel par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2002).

Non pas innée mais acquise, la violence conjugale résulte non pas d'une perte de contrôle, mais d'une prise de contrôle sur l'autre personne, caractérisée par une série d'actes, d'agressions ou de contraintes commises de façon délibérée et répétitive, qui se produisent selon une spirale ascendante appelée « escalade de la violence ». Qu'elle soit de nature physique, psychologique, verbale, sexuelle ou économique, elle peut être vécue dans le cadre d'une relation maritale, extramaritale ou amoureuse, à tous les âges de la vie, peu importe le milieu socioéconomique. Les victimes sont des femmes dans une proportion d'environ 80 % (Beaupré, 2015; ministère de la Sécurité publique du Québec, 2017).

JEUNES FEMMES VULNÉRABLES

En plus d'observer une hausse de 20 % du nombre de victimes de tentative de meurtre dans un contexte conjugal, les données du ministère de la Sécurité publique (2017) démontrent que les victimes de violence conjugale sont de plus en plus jeunes. Toujours selon ces données, ce sont les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans qui courent le plus grand risque d'être tuées par leur conjoint ou leur ami intime. Les médias ont rapporté les cas de Gabrielle Dufresne-Élie, 17 ans, de Clémence Beaulieu-Patry, 20 ans, de Mylène Laliberté, 24 ans, et de Daphné Huard-Boudreault, 18 ans, toutes quatre assassinées par leur conjoint ou ex-conjoint entre 2014 et 2017.

Bien que les causes soient multifactorielles, une rupture, la présence de jeunes enfants et les conflits concernant leur garde comptent parmi les facteurs de risque majeurs pouvant mener à un homicide (Jaffe et al., 2014; Rinfret-Raynor, Dubé, Drouin, Maillé, Harper, 2008; Romito, 2011).

Les campagnes gouvernementales de sensibilisation contre la violence faite aux femmes ont pu contribuer à mieux outiller les Québécoises, de plus en plus nombreuses à mieux connaître leurs droits et à savoir qu'elles peuvent être aidées. C'est pourquoi, contrairement à leurs aînées qui pouvaient rester dans une relation toxique pendant dix ou quinze ans, voire plus longtemps encore avant de chercher de l'aide, plusieurs victimes réagissent aujourd'hui dès les premières années et même en moins d'un an (Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, 2017).

« On constate aussi une meilleure reconnaissance des facteurs de risque de la part des membres de la famille, des collègues de travail et des amis qui, lorsqu'ils ont la puce à l'oreille, s'informent sur la manière d'intervenir pour aider les victimes », observe Louise Riendeau, porte-parole pour le Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (RMFVVC), où elle œuvre depuis 1992. Fondé en 1979, ce regroupement compte 42 maisons à travers le Québec qui aident plus de 10 000 femmes et enfants chaque année. « Malgré ces progrès, trop de femmes aux prises avec de la violence psychologique ou verbale croient encore qu'elles doivent avoir été battues pour désigner ce qu'elles vivent comme étant de la violence conjugale. »

Le terme « infraction » désigne... homicide, tentative de meurtre, agression sexuelle, voie de fait, enlèvement, séquestrations, harcèlement criminel, menaces, appels téléphoniques indécents ou harcelants et intimidation. (MSP, 2017)

Judith Lapierre est infirmière et professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Jusqu'à l'année dernière, elle était aussi intervenante dans une maison d'hébergement de l'Outaouais affiliée au RMFVVC. « Depuis cinq ans, on remarque une plus grande diversité culturelle des victimes, explique-t-elle. Souvent fragilisées sur le plan économique, elles vivent encore plus d'isolement et ne connaissent pas toujours leurs droits ni les ressources à leur disposition. Nous faisons aussi face à des défis de traduction et aux barrières qui en découlent, susceptibles de retarder l'efficacité des interventions. Il n'est pas rare non plus d'accueillir des femmes vraiment seules dont le réseau social s'est effrité parce que, d'une part, elles ne sont pas crues par leur entourage et que, d'autre part, le conjoint est parvenu à créer cet espace de solitude autour de la victime. »



« Il est essentiel d'offrir à ces femmes et à leurs enfants des choix visant le moyen et le long terme. »

JUDITH LAPIERRE
Infirmière et professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Manon Monastesse est directrice générale de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF), dont les 36 établissements accueillent près de 3 000 femmes et 1 500 enfants victimes de tous types de violence. « Je ne compte plus le nombre de jeunes femmes qui nous arrivent avec des histoires épouvantables », s'indigne celle qui décrit des situations complexes où il est question



Formation à distance

Programmes pour les infirmier(ère)s

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

Date limite pour l'admission de septembre : 30 juin

Le programme est offert en anglais seulement.

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



Numéro sans frais : 1-800-565-4371
Courriel : distance.nursing@stfx.ca
Télécopieur : 1-902-867-5154
http://sites.stfx.ca/continuingeducation/distance_nursing

de traite des personnes, d'exploitation sexuelle, de pornographie, de mutilations génitales et d'itinérance. Ces trajectoires de vie sont parfois liées à une histoire de violence pouvant remonter à l'enfance et jamais détectée.

LE CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Le cycle de la violence conjugale progresse de façon insidieuse. « La femme a d'abord aimé son conjoint », résume Louise Riendeau, porte-parole pour le RMFVVC. « Parfois, elle aime encore cet homme qui n'était pas violent au début de la relation amoureuse et qui représentait la sécurité. » Le cycle évolutif débute par une période de tension, suivie de l'agression proprement dite, ou explosion. Souvent, les coups pleuvent. L'homme dénigre sa partenaire, la dévalorise et lui dit, par exemple, qu'elle a de la chance qu'il s'occupe d'elle et que jamais un autre ne saurait l'aimer. Arrive la justification du comportement : « Tu sais que ça m'énerve quand tu fais ça, pourquoi me provoques-tu? » La victime en vient à douter d'elle-même et de ses propres perceptions. Enfin, la phase de la lune de miel survient. Le conjoint s'excuse, complimente sa partenaire, se montre gentil et aimant. Il promet qu'il ne le fera « plus jamais » (Figure 1) (Walker, 1977-1978; Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, 2012).

Avec le temps, les épisodes de violence se font de plus en plus fréquents et la phase de la lune de miel, de plus en plus rare. L'agresseur ne voit plus l'intérêt de demander pardon lorsque la victime est habitée par des sentiments d'incompétence et d'infériorité (« c'est ma faute »). Avec le temps aussi, la victime, isolée socialement, perd confiance en elle. La peur des représailles et du jugement, tout autant que l'espoir qu'un jour les agressions cessent, incitent les victimes à donner une nouvelle chance à leur conjoint. C'est pourquoi certaines s'y reprendront à plusieurs reprises avant de parvenir à le quitter définitivement, surtout si elles ont des enfants et que la solution, à leurs yeux, consiste à choisir entre violence et pauvreté (Roberts, Wolfer et Mele, 2008).

« Lorsque le filet de sécurité sociale est faible ou méconnu, qu'il n'existe pas d'options de logements abordables et sécuritaires, par exemple, l'expérience terrain nous a appris qu'il est hautement possible que la femme retourne vers un conjoint violent ou encore accepte d'aller vivre avec un homme qu'elle aura rencontré durant la période passée en maison d'hébergement », explique Judith Lapierre. Il est essentiel d'offrir à ces femmes et à leurs enfants des choix visant le moyen et le long terme, dit-elle, afin de leur permettre de retrouver un équilibre, de reconstruire leur estime de soi et de recouvrer leurs forces et leur autonomie. « Elles pourront dès lors tenter de se construire un nouveau plan de vie dans un environnement qui leur fournira des possibilités d'agir sur leurs destinées et leur santé globale. »

FACTEURS DE RISQUE ET DÉCLENCHEURS

Dans son récent ouvrage, le chercheur et anthropologue Richard Poulin (2017), professeur émérite de sociologie à l'Université d'Ottawa et professeur associé à l'Institut de recherches et d'études féministes de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), rappelle que la violence conjugale s'inscrit dans une culture de domination plus large. « Le virage néolibéral amorcé dans les années 1980, qui se traduit par des coupes budgétaires dans les services sociaux, a entraîné une montée de l'individualisme et du conservatisme caractérisés, entre autres, par un ressac antiféministe, écrit-il. Lorsque les médias traitent des meurtres de femmes, ils qualifient généralement l'événement de *drame familial* ou de *crime passionnel*, des expressions qui occultent la violence masculine. »

Une combinaison de facteurs individuels, relationnels, communautaires et sociétaux augmente le risque d'être victime ou agresseur dans un contexte de violence conjugale (Tableau 1). Des facteurs sociaux structurels, tels que l'apprentissage et le renforcement de rôles et de stéréotypes sexistes – par exemple

Figure 1
LE CYCLE DE LA VIOLENCE



Source : Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, 2012. (Reproduction autorisée.)

le pouvoir de l'homme et la victimisation de la femme –, ainsi qu'une structure économique qui ne reconnaît pas la valeur productive des femmes, notamment, favorisent l'apparition de cette violence intime. Les facteurs de risque peuvent, sur le plan individuel, résulter d'un état de vulnérabilité découlant d'antécédents familiaux ou personnels de violence, d'un faible niveau de scolarité, d'un statut socioéconomique précaire, de surconsommation de drogue ou d'alcool ou de problèmes de santé mentale. Une séparation récente ou prévue de même qu'une grossesse, particulièrement s'il s'agit de la première, peuvent constituer des facteurs déclencheurs (INSPQ, 2010b; Gomes Ramalho et al., 2017).



« Plus de 10 % des femmes enceintes au Québec disent avoir vécu de la violence durant leur grossesse. »

SYLVIE LÉVESQUE
Professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal (UQAM)

Professeure au Département de sexologie de l'Université du Québec (UQAM), Sylvie Lévesque a étudié la violence entre partenaires intimes, notamment les adolescents, ainsi qu'en contexte de périnatalité. « Selon l'Enquête canadienne sur l'expérience de maternité menée auprès de 9 000 femmes au pays, 10,4 % des femmes enceintes au Québec disent avoir vécu de la violence durant leur grossesse », relate-t-elle (Agence de la santé publique du Canada, 2009). L'Institut de la statistique du Québec a déclaré plus de 85 000 naissances sur le territoire en 2016. Il s'agit donc d'un phénomène plus prévalent qu'on ne le croit.

Sous sa direction, un projet de recherche en trois volets complémentaires s'est amorcé en 2017 en collaboration avec plusieurs partenaires des milieux de la recherche, de la santé et du monde communautaire (Lévesque et al., en cours). Attendu pour 2020, le rapport comportera des données qualitatives et quantitatives provenant d'une enquête populationnelle. « Nous débutons sous peu la collecte de données auprès de parents ayant vécu de la violence pendant la grossesse et les deux premières années de vie

de leur enfant, résume Sylvie Lévesque. Nous entamerons par la suite des groupes de discussion avec des professionnels de la santé et des intervenants. » L'enquête *Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir*, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux est partenaire, est financée par le Fonds de recherche Société et culture du gouvernement du Québec. S'il ne faut pas négliger la sécurité de la femme et de l'enfant à naître, Sylvie Lévesque mentionne que les intervenants auraient aussi intérêt à travailler auprès des conjoints ayant des comportements violents qui vont devenir pères afin de les aiguiller vers les ressources susceptibles de leur venir en aide (Haland, Lundgren, Liden et Eri, 2016; Peled et Perel, 2007).



« Les professionnels qui hésitent à aborder ce sujet par crainte de blesser doivent savoir qu'ils ne sont pas seuls face à ce problème. »

GENEVIÈVE LESSARD
Professeure titulaire à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval

Il faut savoir par ailleurs que les cas de maltraitance infantile peuvent mener au dépistage de situations de violence conjugale. Professeure titulaire à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval et chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), Geneviève Lessard explique qu'un jeune sur trois dans les centres jeunesse ayant participé à l'Étude canadienne d'incidence de cas de maltraitance envers les enfants avait déjà été exposé à la violence conjugale (Trocmé et al., 2010).

LE DÉPISTAGE

« Ce qui fait défaut actuellement, c'est la reconnaissance des situations de violence conjugale », affirme Geneviève Lessard, à l'instar des autres experts interrogés pour cet article. Malgré les contraintes liées à la restructuration du réseau de la santé qui auraient pu entraîner dans certains cas une perte d'expertise, elle estime que le réseau peut toujours compter sur des professionnels engagés qui détiennent des connaissances pertinentes en la

STAGIAIRE d'un jour

LA WEBSÉRIE



Pénélope McQuade, Phil Roy et Julie Le Breton se sont plongés dans la réalité de la profession infirmière. Rencontres, découvertes, surprises...

stagiairedunjour.ca

Au nom de la santé
des Québécois

 Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

matière, à condition que ces expertises soient reconnues et mobilisées par les gestionnaires. Elle est d'avis que les infirmières sont particulièrement bien placées pour contribuer à ce dépistage en raison de la proximité établie avec la clientèle.

Le document *Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec*, publié par l'Institut national de santé publique du Québec (2010a), fait toutefois état d'une certaine frilosité des professionnels à l'égard du dépistage de la violence conjugale. Leur manque de connaissances et de formation sur le sujet peut faire en sorte qu'ils se sentent peu compétents ou mal outillés pour intervenir. Certains disent connaître les outils qui pourraient les aider à le faire de façon appropriée, mais ne se sentent pas à l'aise de les utiliser par crainte d'offenser les personnes. Des schèmes de pensées personnels comme le racisme ou le sexisme peuvent aussi colorer leur pratique.

« Les professionnels qui hésitent à aborder ce sujet par crainte de brusquer ou de blesser les personnes doivent savoir qu'ils ne sont pas seuls face à ce problème, assure Geneviève Lessard. Leur intervention s'inscrit dans un continuum de ressources d'ordre psychosocial, d'où l'importance pour eux de maintenir leur réseau de contacts et de ressources à jour. L'écoute et l'ouverture, le respect du rythme de la personne et le fait de ne pas insister pour qu'elle cherche de l'aide à tout prix sont des attitudes qui peuvent faire toute la différence. Ce n'est pas grave si la personne ne veut pas parler immédiatement. Lui donner une impression de sécurité et le sentiment qu'elle sera accueillie lorsqu'elle sera prête à se confier peut l'amener à s'ouvrir lors d'une prochaine rencontre, ou à en parler avec un autre professionnel. » En effet, les recherches montrent que le dévoilement est favorisé par la fréquence des contacts entre la famille et les professionnels de la santé et des services sociaux (Deshpande et Lewis-O Connor, 2013; O'Reilly, Beale et Gillies, 2010; Taylor et al., 2007).

« La grossesse est une période qui offre une importante fenêtre d'occasions pour le dépistage de la violence conjugale, dit Sylvie Lévesque, puisque la femme enceinte rencontre à de multiples occasions des professionnels de la santé qui pourraient l'aiguiller vers les ressources disponibles. » Elle déplore toutefois que la série de questions sur les antécédents familiaux et médicaux généralement posées lors d'un suivi de grossesse fasse peu de place aux aspects d'ordre psychosocial. Ce qu'elle trouve étonnant puisque, estime-t-elle, toutes les périodes de la périnatalité sont propices à l'intervention : cours prénataux, suivis postnataux, séances d'allaitement ou de vaccination, ateliers d'habiletés parentales, etc. Sylvie Lévesque est d'avis qu'intervenir en matière de violence conjugale, sans culpabiliser ces parents qui ont besoin de soutien, aide à favoriser le développement de l'enfant qui, dès le stade intra-utérin, risque des retards de croissance qui seraient pourtant évitables ».

LES SIGNES

Il importe d'abord de faire la distinction entre chicane de ménage et violence conjugale. La première, même très désagréable, n'a rien de comparable avec la seconde. Après une chicane de ménage, les personnes ne craignent pas pour leur sécurité ou celle de leurs enfants une fois la colère retombée.

En situation de violence conjugale, les signes sont nombreux et d'un tout autre ordre : l'homme surveille sa conjointe et provoque peu à peu son isolement social, il l'appelle sans arrêt, l'humilie devant les autres, l'interroge sans cesse sur ses déplacements et sur un ensemble de détails anodins, tels que le nombre de kilomètres qu'elle a parcourus, ce qu'elle a fait dans la journée ou ce qu'elle a acheté, à qui elle a parlé, etc. Il trouve toujours des justifications à ses comportements déplaisants (Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, 2012).

La présence de certains signes devrait susciter la vigilance du professionnel. Ainsi, il s'interrogera sur l'existence possible d'une situation de violence conjugale si, lors d'un rendez-vous ou d'une consultation, la femme évoque de moins en moins ce qui se passe à la maison, si on note sur son visage ou sur son corps la présence de marques et de bleus inexpliqués, si elle modifie son comportement quand son conjoint entre dans la pièce ou si ce dernier répond à la place de sa compagne.

30 %

Proportion d'infractions liées à la violence conjugale sur l'ensemble des infractions contre la personne (MSP, 2007)

TECHNOLOGIES NUMÉRIQUES ET RÉSEAUX SOCIAUX

L'utilisation des réseaux sociaux et la consultation de contenu en ligne sont des activités aujourd'hui entrées dans les mœurs, particulièrement chez les jeunes. L'enjeu de l'accès aux données – par exemple à l'historique de navigation sur Internet – se pose en contexte de violence conjugale, puisque ni les conjointes, ni les ex-conjointes, ni les proches ne sont à l'abri des fouilles importunes et mal intentionnées de l'agresseur. Afin de s'adapter à cette nouvelle réalité, les sites des maisons d'hébergement publient bien en vue des informations qui indiquent comment quitter leurs sites rapidement et comment effacer toute trace du passage dans l'historique

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

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

de navigation. « Puisque la violence prend d'autres visages, notamment chez les jeunes, nous devons adapter nos discours et nos interventions », affirme Sylvie Lévesque.

INTERVENTION INFIRMIÈRE

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a publié, dès le début des années 2000, des documents d'orientation sur le rôle infirmier dans le dépistage précoce de la violence conjugale. Dans une prise de position à cet égard, l'OIIQ signale que « le dépistage de la violence conjugale est une activité clinique qui fait partie de la pratique professionnelle de l'infirmière et doit être inclus dans le plan thérapeutique infirmier » (OIIQ, 2004). Toujours d'actualité, cette prise de position rappelle que la prévention doit demeurer une priorité afin de changer les attitudes et les comportements – notamment chez les jeunes –, de réduire les facteurs de risque et de favoriser une action concertée pour le dépistage, le soutien et la

protection des personnes qui en sont victimes et les enfants qui y sont exposés. Le dépistage de la violence conjugale s'inscrit dans le cadre de l'évaluation de la condition physique et mentale de la personne, évaluation qui comprend la dimension psychosociale, une activité réservée de l'infirmière qui fait appel au jugement clinique.

Les expertes interrogées dans le cadre de cet article souhaiteraient que les futures infirmières aient la possibilité d'effectuer des stages dans des maisons d'hébergement pendant leurs études afin de se familiariser avec le dépistage de la violence conjugale. Elles rappellent aussi l'importance d'un renforcement des passerelles entre le milieu communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux. « Les services du réseau de la santé sont les seuls auxquels les femmes immigrantes ont accès, particulièrement si elles ont des enfants, car elles ne connaissent pas forcément les autres services publics, explique Judith Lapierre. Je remarque toutefois que les maisons d'hébergement reçoivent de plus en plus

Tableau 1 **FACTEURS DE RISQUE DE VIOLENCE CONJUGALE¹**

Agresseur	Victime
FACTEURS INDIVIDUELS	
Jeune âge	Jeune âge
Faible revenu/statut socioéconomique	Faible revenu/statut socioéconomique
Faible niveau de scolarité	Faible niveau de scolarité
Chômage	Être séparée ou divorcée
Mauvais traitements durant l'enfance : abus physique, agression sexuelle et exposition à la violence conjugale	Grossesse
Troubles de la personnalité	Mauvais traitements durant l'enfance : abus physique, agression sexuelle et exposition à la violence conjugale
Consommation/abus de drogue et d'alcool	Dépression
Tolérance face à la violence	Consommation/abus de drogue et d'alcool
Violence antérieure	Tolérance face à la violence
	Victimisation antérieure
FACTEURS RELATIONNELS	
Écart de niveau de scolarité entre les conjoints	Écart de niveau de scolarité entre les conjoints
Partenaires multiples/infidélité	Nombre d'enfants
Conflits conjugaux/insatisfaction conjugale	Conflits conjugaux/insatisfaction conjugale
Durée de la relation	
FACTEURS COMMUNAUTAIRES	
Acceptation par la communauté de modèles traditionnels relatifs aux rôles des deux sexes	Acceptation par la communauté de modèles traditionnels relatifs aux rôles des deux sexes
Caractéristiques des quartiers:	Caractéristiques des quartiers:
> pauvreté, chômage, faible niveau d'alphabétisation	> pauvreté, chômage, faible niveau d'alphabétisation
> tolérance à l'égard de la violence, grande proportion de ménages qui ont recours aux punitions corporelles	> tolérance à l'égard de la violence, grande proportion de ménages qui ont recours aux punitions corporelles
> faible proportion de femmes avec une grande autonomie ou un niveau élevé de scolarité	> faible proportion de femmes avec une grande autonomie ou un niveau élevé de scolarité
Faible désapprobation de la violence par la communauté	Faible désapprobation de la violence par la communauté
FACTEURS SOCIÉTAUX	
Normes sociales propices à la violence	Législation concernant la violence conjugale
Normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes	Normes sociales propices à la violence
	Normes traditionnelles quant aux rôles des deux sexes

1. Certains facteurs de risque sont les mêmes pour les victimes et les agresseurs.
Source : INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/facteurs-de-risque>



STAGE EN MAISON D'HÉBERGEMENT : UNE INFIRMIÈRE RACONTE

Josée Koffi est infirmière clinicienne au Centre d'hébergement pour aînés Louis-Riel à Montréal. Au cours de sa dernière session d'études au baccalauréat, elle a effectué un stage à la maison Le Refuge pour les femmes de l'Ouest-de-l'Île. Il s'agissait pour elle d'une première incursion dans l'univers de la violence conjugale, une réalité qui l'a bouleversée. « En côtoyant une intervenante de plus de 20 ans d'expérience et en assurant des suivis, j'ai constaté que nombre de femmes vulnérables, particulièrement parmi les immigrantes, ne connaissent ni leurs droits ni le système judiciaire et qu'elles n'ont pas leur mot à dire. Si j'ai vu des cas lorsque je travaillais à l'hôpital, je n'étais pas assez informée et outillée pour faire un dépistage efficace. Depuis mon stage, je porte attention aux signes de violence conjugale et je me sens utile parce que je peux faire de l'enseignement, notamment en fournissant des références. J'ai acquis des compétences sur la façon de faire un questionnaire efficace sans brusquer la personne, puisque c'est elle qui va prendre la décision. Ce stage a été très pertinent pour ma pratique. »

de références du réseau de la santé, qu'une collaboration accrue se développe entre divers organismes offrant des services aux victimes de violence conjugale et entre les maisons pour femmes, et que les services policiers sont davantage sensibilisés. »

Judith Lapierre signale que depuis 2015, l'Université Laval ne ménage pas ses efforts pour le déploiement de stages cliniques en santé communautaire, au sein d'organismes non gouvernementaux susceptibles d'être en contact avec des familles victimes de violence. « L'intégration des infirmières dans les maisons d'hébergement tarde en raison du nombre de postes limité, de la présence de stagiaires d'autres disciplines directement impliquées et associées à la problématique, ou à cause d'autres enjeux organisationnels comme la supervision indirecte vu l'absence des infirmières dans les milieux, précise-t-elle. Il faut ouvrir le dialogue et faire valoir l'apport disciplinaire et clinique qu'une approche de soins fondée sur les forces peut apporter à l'expérience et au développement des femmes et de leurs enfants, sans compter les bénéfices en matière de santé. »

LES ACTIONS DES MAISONS POUR FEMMES

Malgré leur précarité financière chronique, les maisons d'hébergement pour femmes ne parviennent pas à répondre à l'ensemble des besoins. « À travers le Québec, le taux d'occupation dans ces ressources est de 93 % en moyenne, explique Manon Monastesse, directrice générale de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes. Le tiers de nos maisons est en surcapacité, parfois jusqu'à 120 % à Montréal. En raison d'un manque de places, les maisons membres de la Fédération ont dû refuser 9 000 demandes d'hébergement en 2016-2017. »

Les femmes ne sont pas tenues de faire une demande d'hébergement pour recevoir de l'aide. Les maisons fournissent une panoplie de services qui gagneraient à être mieux connus. Les intervenants peuvent les informer, ainsi que leurs proches, sur place ou par le biais de consultations téléphoniques. Les maisons offrent de l'accompagnement afin de faciliter les démarches auprès d'autres instances, y compris le réseau de la santé. « Après une période de crise, les femmes doivent reconstruire leur vie et trouver un logement ainsi qu'un travail, explique Judith Lapierre. En vue d'accompagner ces femmes, les maisons proposent souvent un suivi post-hébergement et même du dépannage alimentaire. Il est très rare que les femmes quittent sans garder un lien de proximité avec les maisons, de sorte qu'elles peuvent continuer de bénéficier de leurs services, de leurs conseils, de l'orientation aux services externes et des appuis psychosociaux à la transition. »

COMITÉ D'EXPERTS

Le gouvernement du Québec (2017) a formé un comité d'experts qui examinera les dossiers du coroner concernant les décès liés à la violence conjugale. Actif depuis le début de 2018, il se penchera sur les circonstances ayant mené à ces décès dans le but de déterminer les facteurs de risque, de mieux comprendre le cycle de la violence conjugale. Il tiendra à jour une base de données sur les victimes et les agresseurs de même que sur les circonstances ayant mené aux décès. Les recommandations émises par ce comité viseront à assurer une meilleure protection des personnes vulnérables et à améliorer les outils d'intervention. ●

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

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2009). Ce que disent les mères : L'enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>

Beaupré, P. (2015). La violence entre partenaires intimes. Dans Statistique Canada (Ed.), La violence familiale au Canada : un profil statistique 2013 (p. 24-45). Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique.

Deshpande, N. A., & Lewis-O'Connor, A. (2013). Screening for Intimate Partner Violence During Pregnancy. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 6(3/4), 141-148.

Ramallo, N., Ferreira, J., Lima, C., Ferreira, T., Souto, S. et Maciel, G. (2017). Domestic violence against pregnant women. *Journal of Nursing UFPE on line*, 11(12), 4999-5008. Repéré à <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22279p4999-5008-2017>

Gouvernement du Québec. (2017). Québec met en place un nouveau comité d'examen en matière de violence conjugale. Repéré à <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2511284008>

Haland, K., Lundgren, I., Liden, E. et Eri, T. S. (2016). Fathers' experiences of being in charge during pregnancy and early parenthood in a context of intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(30935), 1-10. <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v11.30935>

Institut national de santé publique. (2010a). Stratégies et conditions de réussite en matière d'identification précoce de la violence conjugale dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1061_StrategieIdentificationViolenceConjugale.pdf

Institut national de santé publique. (2010b). Facteurs de risque. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/comprendre/facteurs-de-risque>

Jaffe, P., Scott, K., Jenney, A., Dawson, M., Straatman, A. L. et Campbell, M. (2014). Les facteurs de risque pour les enfants exposés à la violence familiale dans le contexte de la séparation ou du divorce. Repéré à <http://www.justice.gc.ca/tra/pra-rp/p-cj/v-fv/freevf-rfcsfv/freevf-rfcsfv.pdf>

Lévesque, S., Clément, M. E., Fernet, M., Giguère, N., Laverne, C. et Lessard, G. Violence conjugale lors de la période périnatale et parentalité : documenter et comprendre, pour mieux intervenir et soutenir (Recherche en cours). Repéré à <http://www.frgsc.gouv.qc.ca/la-recherche/la-recherche-financée-par-le-frgsc/projets-de-recherche/projet-violence-conjugale-lors-de-la-période-périnatale-et-parentalité-documenter-et-comprendre-pour-mieux-intervenir-et-soutenir-o9vrceqn1494438193852>

Ministère de la Sécurité publique du Québec. (2017). Statistiques. Les infractions contre la personne commises dans un contexte conjugal ou Québec en 2015. Repéré à https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/violence-conjugale/2015/violence-conjugale_2015_01.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir. Orientations pour la pratique infirmière. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/186_violence_orientations.pdf/30fabd73-1e5a-b76b-58c3-410545a896b8

O'Reilly, R., Beale, B. et Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse*, 11(4), 190-201.

Organisation mondiale de la santé. (2002). Rapport mondial sur la violence et la santé. Repéré à http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf

Peled, E. et Perel, G. (2007). A conceptual framework for fathering intervention with men who batter. Dans J. L. Edleson et O. J. Williams (dir.), *Parenting by men who batter: New directions for assessment and intervention* (p. 85-101). New York (NY) : Oxford University Press.

Poulin, R. (2017). Une culture d'agression. Masculinités, industries du sexe, meurtres en série et de masse. Saint-Joseph-du-Lac, QC : M Éditeur.

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. (2012). Et si c'était plus que de la chicane? Des repères pour différencier la violence conjugale de la chicane de couple. Repéré à <http://maisons-femmes.qc.ca/wp-content/uploads/2013/04/femme-maison-final-fr.pdf>

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale (Maisons membres). (2017). Taux cumulatif de l'union au moment de faire une demande d'hébergement.

Rinfret-Raynor, M., Dubé, M., Drouin, C., Maillé, N., Harper, E. (2008). Violence conjugale post-séparation en contexte d'exercice des droits d'accès aux enfants. Dans Arcand, S. et Damant, D. (dir.), *Violence faite aux femmes* (Chapitre 8). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Roberts, J. C., Wolfer, L. et Mele, M. (2008). Why victims of intimate partner violence withdraw protection orders. *Journal of Family Violence*, 23(5), 369-375. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-008-9161-z>

Romito, P. (2011). Les violences conjugales post-séparation et le devenir des femmes et des enfants. *Revue Internationale de l'Éducation Familiale*, 29(1), 87-105. Repéré à <http://dx.doi.org/10.3917/rief.029.0087>

Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K. et Peterson, A. C. (2007). Prenatal screening for substance use and violence: Findings from physician focus groups. *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241-247. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-006-0169-9>

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., ... Holroyd, J. (2010). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cscs-ecve/2008/assets/pdf/cis-2008_report_fra.pdf

Walker, L. E. (1977-1978). Battered women and learned helplessness. *Victimology*, 2(3-4), 525-534. Repéré à <http://psycnet.apa.org/record/1979-08581-001>

RESSOURCES

Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. CRI-VIFF. Repéré à <https://www.cri.viff.qc.ca/>

Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF). Repéré à <http://www.fede.qc.ca/>

Institut national de santé publique. Trousse Média sur la violence conjugale. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/violence-conjugale/medias>

Portail d'information périnatale et sa fiche sur la violence conjugale et la grossesse. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/violence-conjugale>

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. Repéré à www.maisons-femmes.qc.ca Tél. : 1 800 363-9010. Formations, vidéos et publications disponibles.

PRÊT POUR TON NOUVEAU DÉFI?

mon+

multi options nursing

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 ou BAC en soins infirmiers
- Membre de l'OIIQ

T 877 333-7439 | mon@multioptionsnursing.com | www.multioptionsnursing.com |

« HOT FIVE »

5 minutes pour améliorer la pratique

L'impact positif d'une brève réunion d'équipe visant au transfert d'information avant chaque quart de travail

par **CHRISTINE TREMBLAY**, inf., B. Sc., et **AUDREY LARONE JUNEAU**, inf., M. Sc.

Le transfert d'information et la communication sont des éléments clés pour la sécurité des patients et la continuité des soins. Composée de plus de 300 infirmières et infirmières auxiliaires, l'unité de soins intensifs néonataux du CHU Sainte-Justine constitue une très grande équipe. En raison de l'étendue de ses lieux physiques, la diffusion de l'information auprès de tous ses membres se révélait difficile et l'équipe ne disposait d'aucun moment pour se retrouver et échanger au début des quarts de travail et durant ceux-ci. La diffusion d'informations pertinentes cliniquement, visant la qualité et la sécurité des soins, n'était donc pas optimale, puisqu'il n'existait aucun moyen de s'assurer que les messages étaient lus, compris et intégrés dans la pratique des soignants.

L'objectif principal de notre projet consistait donc à concevoir une stratégie de communication visant à rejoindre un grand groupe de soignants au même moment afin de transmettre de l'information. Le « Hot Five » a donc été instauré en octobre 2014 et s'inscrit maintenant dans un projet de communication efficace et sécuritaire au CHU Sainte-Justine. Il s'agit d'une rencontre d'équipe d'une durée maximale de cinq minutes, animée par les assistantes-infirmières-chefs (AIC) et qui a lieu avant le début de chaque quart de travail. Cette rencontre permet le transfert d'information dans cinq volets :

- Clinique (ex. : rappels, formations, techniques de soins)
- Administratif (ex. : notes de service des chefs, horaires, gardes, vacances)
- Qualité (ex. : suivi des rapports d'accidents et d'incidents)
- Social (ex. : activités, anniversaires)
- Reconnaissance du personnel (ex. : encouragements, mise en valeur des bons coups)

Cette stratégie permet de réunir l'équipe, de cibler et de partager les informations importantes pour les prochaines 24 heures et de motiver les soignants. Elle fait également appel à une mobilisation interdisciplinaire, puisque tous les professionnels de la santé sont invités à non seulement suggérer des communications à diffuser lors des « Hot Five », mais également à les présenter. Elle favorise aussi l'amélioration de la qualité des soins,



grâce à un transfert d'information optimisé qui cible la totalité des soignants. Ces présentations permettent à l'équipe de mieux connaître les différents professionnels et leur champ d'exercice respectif, ce qui contribue à faciliter le travail de collaboration interprofessionnelle.

PHOTO
Réunion « Hot Five »
à l'unité de néonatalogie
du CHU Sainte-Justine

NOUVELLE FORMATION EN LIGNE SUR LE DON D'ORGANES

Merci

de contribuer à redonner la vie.



TRANSPLANT
QUÉBEC

Ensemble pour
le don d'organes,
pour la vie.

Durée : 60 minutes Formation accréditée sans frais - 1 crédit
www.transplantquebec.ca/formation-en-ligne



PROPOSITIONS DE COMMUNICATION

5 ET 6 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2018

LA THÉMATIQUE PORTERA SUR LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL INFIRMIER.

Pour prendre sa place et affirmer son identité professionnelle, il est essentiel de développer ses compétences. Il en va de la qualité et de la sécurité des soins aux patients. Compte tenu du développement exponentiel des connaissances scientifiques, des technologies de la santé et des besoins de la population, il est impératif que notre profession s'engage dans une démarche de développement professionnel.

C'est pourquoi la thématique du Congrès 2018 portera sur le développement professionnel infirmier, qui comprend entre autres la formation continue, la pratique clinique quotidienne et les échanges avec des experts chevronnés dans un domaine spécifique, pour ne nommer que ces aspects.

Pour soumettre une proposition d'atelier thématique ou une séance de communication par affichage: oiiq.org



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Au plus tard
le 6 avril

Les communications sont proposées et rédigées quotidiennement par les membres de l'équipe de soins et révisées de manière hebdomadaire par la conseillère ou par la cadre conseil en soins infirmiers. Celles-ci s'assurent de la qualité des contenus du volet clinique.

Les personnes absentes lors des « Hot Five » peuvent les consulter dans un cartable prévu à cet effet disponible dans la salle à café de l'unité. De plus, dès que la semaine se termine, les communications les plus pertinentes sont diffusées par courriel à l'équipe par l'intermédiaire du journal hebdomadaire.

PRACTIQUE INNOVATRICE

Le « Hot Five » est un moyen de communication s'inspirant de plusieurs principes de la démarche *lean*. En misant sur l'apport de tous, nous prenons le pouls des gens sur le terrain, ce qui nous permet de bien comprendre et de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Puisque les problématiques soulevées et les solutions proposées viennent la plupart du temps du personnel soignant lui-même, l'ensemble de l'équipe de l'unité de soins intensifs néonataux se mobilise dans un processus d'amélioration continue et chacun des membres sent qu'il peut faire la différence auprès de la clientèle et de leurs proches. Cette stratégie de communication issue du milieu entrepreneurial (p. ex., le *stand-up meeting*) a été adaptée au milieu hospitalier en y intégrant un contenu axé sur les besoins du personnel. De plus, nous misons sur l'interdisciplinarité de l'équipe afin d'assurer un contenu varié, précis et basé sur l'expertise de chacun.

AXÉE SUR LE PATIENT ET SA FAMILLE

Cette plate-forme de communication systématique et structurée permet de transmettre au personnel soignant des informations touchant la sécurité et la qualité des soins. En effet, en sensibilisant le personnel aux meilleures pratiques, celui-ci améliore la prise en charge des patients et de leur famille. Par exemple, les soignants optimisent l'utilisation du matériel, des équipements et des protocoles de soins. Ils profitent également de ce moment pour intégrer les dernières normes de pratique.

Par ailleurs, cette plate-forme est maintenant bien connue des familles, comme en témoignent leurs échanges avec le personnel soignant. Ainsi, plusieurs d'entre elles n'hésitent pas à recommander des ajustements de pratique ou à soumettre des éléments à améliorer. Les AIC profitent également des « Hot Five » pour partager avec l'équipe les mots de reconnaissance des parents sur les soins reçus.

ÉVALUÉE

Un exercice d'évaluation a été réalisé afin de mesurer la pertinence et l'efficacité de cette nouvelle stratégie de communication. Un sondage de type Likert a été distribué six mois et deux ans après la mise en œuvre du « Hot Five » à 40 % du personnel, afin d'obtenir un échantillonnage représentatif.

Les résultats à six mois démontrent que 80 % des infirmières aiment être réunies en équipe avant de commencer leur quart de travail et que 83 % apprécient que différents professionnels présentent leurs propres communications. De plus, 72 % considèrent que l'animateur suscite leur intérêt, tandis que 70 % trouvent que les communications sont claires et pertinentes pour leur pratique. Les résultats deux ans après la mise en œuvre montrent que cette stratégie de communication est toujours efficace et répond aux besoins de l'équipe.

VIABLE

Le succès du projet réside dans le fait que le « Hot Five » est maintenant intégré à la routine quotidienne de tous les soignants. La transmission d'informations ne repose pas sur une seule personne, mais bien sur la participation de toute l'équipe. De plus, la validation des contenus cliniques se fait par la conseillère et la cadre-conseil en soins infirmiers de l'unité, à même leurs tâches et responsabilités.

Cette manière de procéder optimise l'utilisation des ressources internes et ce, à même le budget de l'unité, sans coûts supplémentaires.

APPLICABLE À D'AUTRES ORGANISMES

En raison des retombées positives, le « Hot Five » a été implanté dans quelques unités de soins de l'hôpital. La Direction souhaite maintenant que cette pratique soit étendue à l'ensemble des unités de soins du CHU Sainte-Justine.

Certains facteurs de succès peuvent favoriser l'implantation de la stratégie « Hot Five ». En effet, le fait de choisir un lieu de rencontre adéquat, d'encourager le personnel à assister aux réunions et de les planifier sur le temps de travail des employés favorise l'implantation. De plus, plusieurs moyens concrets peuvent aussi contribuer au succès et à la pérennité du projet. Par exemple, des communications courtes et ciblant l'information essentielle au personnel pour le quart de travail permettent de limiter la durée des rencontres. Également, afin de faciliter son adoption, ce mode de communication doit être utilisé par l'ensemble des

intervenants gravitant autour des patients. De plus, il est important pour l'AIC de s'appropriier le message avant de le transmettre afin que celui-ci soit bien compris par l'équipe.

Comme chaque unité comporte sa réalité propre, il est entendu que le « Hot Five » peut être adapté selon les besoins de chaque milieu. Ainsi, la fréquence, la durée et les volets abordés peuvent différer d'une unité à l'autre. Le « Hot Five » peut donc être facilement transposable à d'autres unités de soins ou dans d'autres contextes de travail. ●

Le projet « Hot Five : 5 minutes pour améliorer la pratique », développé par les infirmières Christine Tremblay et Audrey Larone Juneau, a été présenté au Congrès 2017 de l'OIIQ dans le cadre de l'activité de communications par affichage. Il y a remporté le prix de l'affiche Coup de cœur décerné par l'OIIQ.

LES AUTEURES

CHRISTINE TREMBLAY
inf., B. Sc.

Chef d'unité spécialisée en néonatalogie
au CHU Sainte-Justine

AUDREY LARONE JUNEAU
inf., M. Sc

Cadre conseil en sciences infirmières
au CHU Sainte-Justine



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

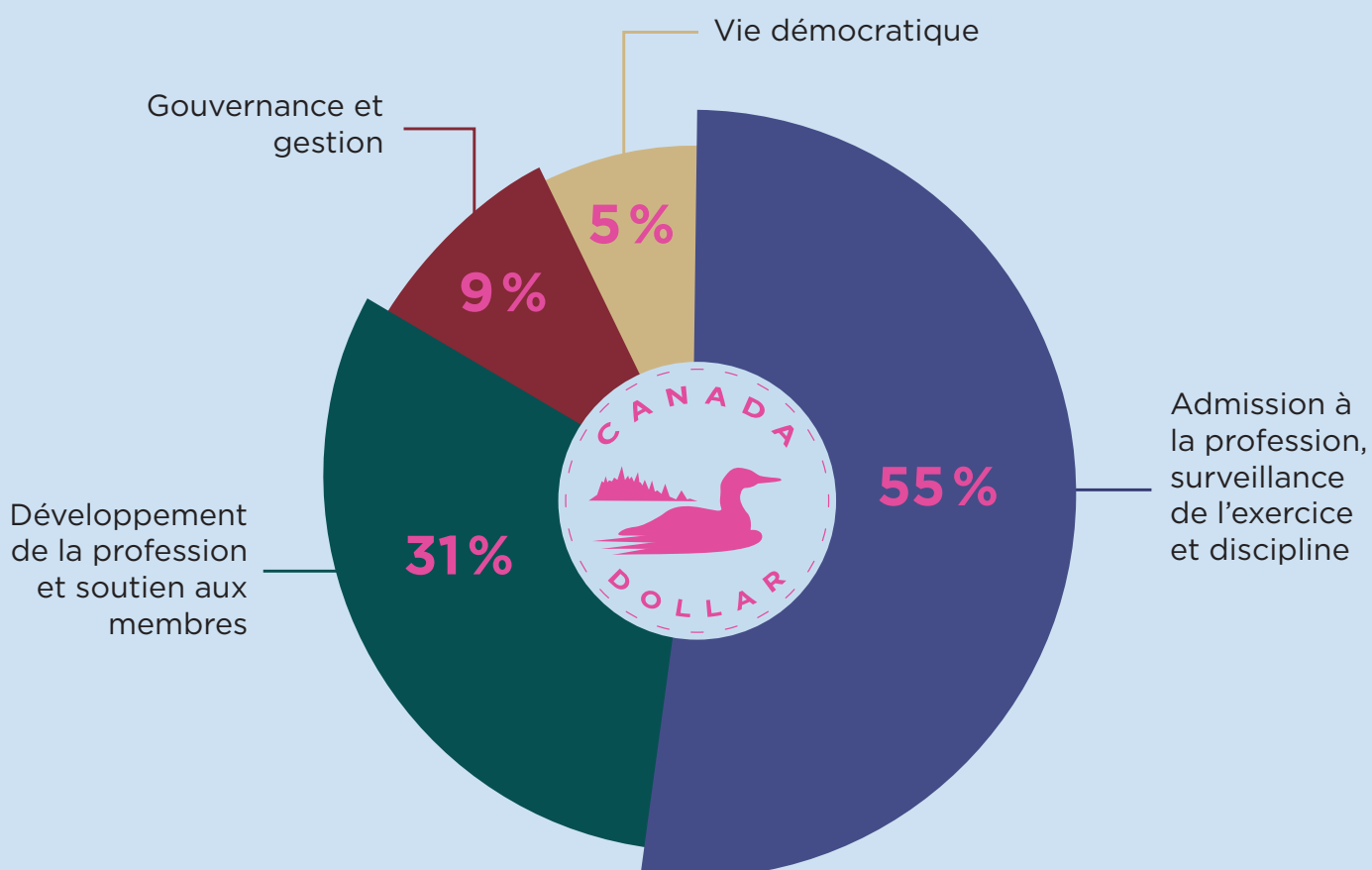
CONTACTEZ-NOUS  info@agencesolumed.com  450-933-9633 • 1 833-933-9633  450-933-9634

LA COTISATION ANNUELLE DE L'OIIQ 2018-2019

La cotisation annuelle permet à l'OIIQ de poursuivre sa mission de protection du public, tout en favorisant le développement et la valorisation de la profession infirmière.

Elle permet aussi le maintien et la bonification des services offerts aux membres, parce que vos priorités sont nos priorités.

LA RÉPARTITION DE VOTRE COTISATION



L'OIIQ cherche en effet à vous soutenir davantage dans le développement de vos connaissances et compétences et souhaite ainsi répondre à ces six objectifs prioritaires*.

- 1 Déployer une offre de formation continue diversifiée
- 2 Élaborer des normes de pratique clinique
- 3 Redonner plus de marge de manœuvre aux infirmières et infirmiers
- 4 Assurer une vigie sur la qualité et la sécurité des soins
- 5 Faire entendre la voix de l'OIIQ sur les enjeux de santé actuels
- 6 Promouvoir la profession infirmière

Renseignements : oiiq.org/cotisation

Admission à la profession, surveillance de l'exercice et discipline

Admission à la profession 29 %

Maintien du Tableau et autres registres	9 %
Délivrance de permis, de certificats de spécialiste, d'autorisations spéciales, d'attestations; Comité de la formation	20 %

Surveillance de l'exercice et discipline (déontologie) 26 %

Inspection professionnelle et activités du syndic	21 %
Comité exécutif, Comité de révision, Conseil de discipline, exercice illégal	5 %

Vie démocratique 5 %

Comité jeunesse	0,5 %
Soutien aux ordres régionaux	4,5 %

Développement de la profession et soutien aux membres 31 %

Formation continue	7,5 %
Promotion de la profession	8 %
Prises de position et soutien aux membres	7,5 %
Publications officielles	6 %
Commandites, bourses et soutien financier	2 %

Gouvernance et gestion 9 %

Gouvernance	6 %
Gestion	3 %

* Selon le sondage annuel de l'OIIQ, 80 % des répondants ont considéré ces six objectifs stratégiques comme prioritaires.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



©SHUTTERSTOCK

SOINS INTENSIFS

Mobilisation précoce des patients sous ventilation mécanique

Bien que les complications liées à l'immobilité prolongée soient multiples et systémiques, l'idée selon laquelle les patients sous ventilation et recevant une sédation doivent rester alités demeure répandue dans le milieu de la santé. Or, il a été démontré que la mobilisation précoce s'avère une solution de choix pour la clientèle adulte intubée aux soins intensifs.

par GENEVIÈVE BOURGAULT, inf., et LOUISE BÉLANGER, inf., Ph. D.

Une évaluation préalable et un protocole reposant sur le travail d'équipe sont indispensables pour une mobilisation sécuritaire du patient.

Dans les faits, au début du siècle dernier, les médecins prescrivaient des périodes de repos au lit aux personnes qui avaient été victimes d'un infarctus du myocarde, qui souffraient de l'influenza, qui venaient d'accoucher ou encore qui avaient subi une chirurgie. Par exemple, lors d'une chirurgie de la cataracte, dix jours de repos au lit étaient préconisés après l'intervention (Amidei, 2012). Ce n'est que vers les années 1960-1970 que les complications de l'immobilité chez les patients ont été explorées et que des changements ont été apportés dans les processus de soins (Amidei, 2012; Perme et Chandrashekar, 2009). Il faudra néanmoins compter encore quelques années avant que l'on s'intéresse à la clientèle des soins intensifs (Amidei, 2012; Perme et Chandrashekar, 2009). Plusieurs professionnels de la santé ont toujours la conviction que les patients sous ventilation et recevant une sédation doivent rester alités. Selon eux, le fait de garder le patient alité permettrait d'assurer une bonne synchronisation avec le ventilateur et un alignement adéquat de la colonne vertébrale ainsi que des os, et d'éviter une consommation excessive d'oxygène (Dammeyer, Dickinson, Packard, Baldwin et Ricklemann, 2013; Dang, 2013; Roeseler et al., 2013). Le manque de connaissances au sujet des bienfaits de la mobilisation précoce des patients intubés, l'inquiétude du personnel devant le changement et des standards de sédation élevés perpétuent ces croyances (Pawlik, 2012; Schweickert et Kress, 2011).

Le temps et les ressources requises pour procéder à la mobilisation, la crainte que le patient devienne instable, les risques associés à une telle intervention – par exemple l'extubation et le positionnement des cathéters, surtout fémoraux – constituent aussi des barrières à la mobilisation précoce des patients sous ventilation mécanique (Adler et Malone, 2012; Amidei, 2012; Atkins et Kautz, 2014; Bassett, Vollman, Brandwene et Murray, 2012; Campbell, Fisher, Anderson et Kreppel, 2015; Castro, Turcinovic, Platz et Law, 2015; Drolet et al., 2013; Ross et Morris, 2010; Vollman, 2013).

COMPLICATIONS LIÉES À L'IMMOBILITÉ

Or, il a été démontré qu'il fallait revoir cette vision puisque le repos au lit prolongé engendre une faiblesse, une diminution de la qualité de vie, un allongement de la durée d'hospitalisation, de même qu'une altération des fonctions neuropsychologiques (Castro et al., 2015; Kram, DiBartolo, Hinderer et Jones, 2015). Même si les raisons de l'admission aux soins intensifs sont différentes d'un patient à l'autre, les complications liées à l'immobilité (**Encadré 1**) sont multiples et systémiques (Ecklund et Bloss, 2015). On compte parmi celles-ci la pneumonie, l'atélectasie, l'œdème, la coagulopathie, l'altération du rythme cardiaque, l'instabilité orthostatique, l'embolie pulmonaire, la thrombophlébite, les plaies de pression, les risques d'infection, la diminution de la masse musculaire, une perte de la force musculaire, des contractures résultant du raccourcissement

Encadré 1 COMPLICATIONS LIÉES À L'IMMOBILITÉ

Pneumonie	Atélectasie
Œdème	Coagulopathie
Altération du rythme cardiaque	Instabilité orthostatique
Embolie pulmonaire	Thrombophlébite
Plaies de pression	Risques d'infection
Diminution de la masse musculaire	Perte de la force musculaire
Contractures résultant du raccourcissement des muscles	Hyperglycémies
Constipation	Rétention urinaire
Délirium	

des muscles, des hyperglycémies, la constipation, la rétention urinaire et le délirium (Atkins et Kautz, 2014; Dammeyer et al., 2013; Ecklund et Bloss, 2015; Makic, 2015; Patel, Pohlman, Hall et Kress, 2014; Pawlik, 2012; Vollmann, 2013; Winkelmann, 2009). La diminution de la masse musculaire est évaluée à 1 ou 2 % par jour de repos au lit et peut atteindre plus de 14 % après une semaine (Atkins et Kautz, 2014; Castro et al., 2015; Pawlik, 2012). Le délirium apparaît chez 60 à 80 % des patients intubés par opposition à 20 à 50 % des patients extubés, et le coût engendré par la prise en charge de ce syndrome est deux fois et demi plus élevé (Kram et al., 2015). Quoique les personnes âgées soient plus exposées à de telles complications, un jeune adulte intubé et immobile peut aussi les développer.

DÉFINITION DE LA MOBILISATION

Le terme mobilisation peut avoir de multiples significations selon les disciplines concernées (Amidei, 2012). En contexte de soins hospitaliers, la mobilisation est définie selon deux concepts : au lit ou hors du lit. La mobilisation au lit se traduit par l'exercice de l'amplitude de mouvement, le repositionnement et la position « lit chaise ». Quant à la mobilisation hors du lit, elle inclut les pivots, l'installation dans un fauteuil, la position debout ainsi que la marche (Vollman, 2013). Afin qu'une mobilisation soit dite active, elle doit entraîner des effets physiologiques en stimulant la ventilation, la perfusion périphérique ou centrale, la circulation, le métabolisme et l'état de conscience (Amidei,

2012; Roeseler et al., 2013). Ainsi, la mobilisation hors du lit, plus active, devrait être favorisée, et ce, même pour les patients intubés selon la stabilité médicale en fonction de critères expliqués plus loin (Roeseler et al., 2013). Par ailleurs, pour qu'elle soit dite précoce, la mobilisation doit être entreprise dans les 24 à 48 heures après l'admission aux soins intensifs (Roeseler et al., 2013).

PROTOCOLE DE MOBILISATION PRÉCOCE

Pour la clientèle adulte intubée aux soins intensifs, la mobilisation précoce s'avère une solution de choix (Atkins et Kautz, 2014; Dang, 2013; Kram et al., 2015; Li, Peng, Zhu, Zhang et Xi, 2013; Schweickert et Kress, 2011; Vollman, 2013). Malheureusement, cette pratique est employée dans seulement 56 % des hôpitaux canadiens (Li et al., 2013). En plus de prévenir les conséquences de l'immobilité et d'améliorer le bien-être psychologique ainsi que le confort, ses avantages sont nombreux. On compte parmi ceux-ci la réduction de la quantité de sécrétions et de la période d'intubation, une diminution de la durée d'hospitalisation aux soins intensifs de 1,4 jour de même que du séjour complet de 3,3 jours, une diminution du taux de mortalité et de morbidité, ainsi qu'une réduction des coûts (Amidei, 2012; Castro et al., 2015; Dammeyer et al., 2013; Dang, 2013; Kram et al., 2015; Perme et Chandrashekar, 2009; Roeseler et al., 2013). En outre, elle prévient l'atrophie musculaire et les plaies de pression (Amidei, 2012; Dammeyer et al., 2013). Une étude a

démonstré que la mobilisation précoce peut réduire le mécanisme physiologique de la résistance à l'insuline et ainsi diminuer les risques d'hyperglycémie (Patel et al., 2014). Elle permet aussi une diminution du taux de délirium de 20 % jusqu'à 80 % si elle est combinée à une prophylaxie pharmacologique (Kram et al., 2015).

Afin que puisse être réalisée la mobilisation précoce d'un patient sous ventilation mécanique hospitalisé aux soins intensifs, un plan individualisé doit être établi, pour ainsi adapter la mobilisation à ses capacités (Perme et Chandrashekar, 2009). Il faut rappeler qu'une évaluation préalable et un protocole reposant sur le travail d'équipe sont indispensables en vue d'une mobilisation sécuritaire du patient (Atkins et Kautz, 2014; Bassett et al., 2012; Dammeyer et al., 2013; Ecklund et Bloss, 2015; Engel, Needham, Morris et Gropper, 2013; Makic, 2015; Kram et al., 2015; Pawlik, 2012; Roeseler et al., 2013; Vollman, 2013).

ÉVALUATION PRÉALABLE

Avant de procéder à la mobilisation d'un patient intubé, il est recommandé d'évaluer l'éveil, la respiration, la sédation et la présence de délirium. Le type de mobilisation à privilégier sera déterminé sur la base de ces données (Dammeyer et al., 2013; Ecklund et Bloss, 2015; Makic, 2015; Kram et al., 2015; Pawlik, 2012; Perme et Chandrashekar, 2009; Roeseler et al., 2013). Cette démarche, définie par l'acronyme ABCDE, doit être menée en collaboration avec les divers professionnels concernés (**Tableau 1**).



Université du Québec
à Trois-Rivières

ALLEZ PLUS LOIN

Améliorez vos connaissances sur
l'examen clinique de la fonction respiratoire

Module de formation sur mesure de six heures
Formule en ligne et flexible

Avec la professeure Lyne Cloutier

Information et inscription
www.uqtr.ca/fc.examenclinique

Pour nous joindre

Téléphone : 819 376-5011, poste 2124 | Courriel : formation.continue@uqtr.ca

La mobilisation du patient intubé doit être effectuée en toute sécurité pour le patient. À cet égard, plusieurs auteurs suggèrent des critères justifiant la non-mobilisation du patient (Adler et Malone, 2012; Dammeyer et al., 2013; Drolet et al., 2013; Engel et al., 2013; Roeseler et al., 2013; Ross et Morris, 2010; Schweickert et Kress, 2011; Vollman, 2013). Ces critères d'exclusion concernent les dimensions cardiovasculaires, respiratoires, neurologiques, orthopédiques et dermatologiques (**Tableau 2**).

Par ailleurs, au cours de la mobilisation, il est primordial de rester à l'affût des signes démontrant une intolérance du patient : baisse de la tension artérielle moyenne < 65 mmHg; fréquence cardiaque < 60/min ou > 120/min; tachypnée, saturation < 90 %; nouvelles arythmies, inconfort ou atteinte à l'intégrité des voies respiratoires. Le jugement des professionnels s'impose en tout temps lors de la procédure (Campbell et al., 2015). Si ces signes sont présents, il est important de réinstaller le patient au lit et, à la moindre détérioration de l'état de ce dernier, d'aviser le médecin.

INTERVENTION EN ÉQUIPE

Lorsque la mobilisation du patient hors du lit est possible, celle-ci doit être faite par une équipe bien coordonnée constituée de l'infirmière, du préposé aux bénéficiaires, de l'inhalothérapeute ainsi que du physiothérapeute. La présence du physiothérapeute n'est pas requise pour chaque mobilisation. Chaque membre de l'équipe a des tâches spécifiques, propres à son champ d'exercice (**Tableau 3**). Comme certains milieux de soins ne peuvent compter sur la présence d'un inhalothérapeute, il faut savoir que les activités cliniques mentionnées dans le Tableau 3 et relevant de l'inhalothérapeute peuvent aussi être effectuées par une infirmière, puisqu'elles font partie de ses activités réservées. L'équipe interdisciplinaire devrait aussi effectuer une rétroaction après l'intervention dans le but d'ajuster le plan thérapeutique infirmier du patient mobilisé, et ce, en présence des proches s'ils sont sur place (Ecklund et Bloss, 2015).

Tableau 1

ÉVALUATION DE LA PERSONNE INTUBÉE (DÉMARCHE ABCDE)

DÉMARCHE	ÉVALUATION	RESPONSABLE(S)
A (Awake ou Éveil)	État d'éveil à l'aide de la <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> (RASS) (Skrobik, 2008; Wesley, 2014) et avec l'interruption quotidienne de la sédation	Infirmière
B (<i>Breathing</i> ou Respiration)	Respiration, fréquence, amplitude, symétrie, paramètres respiratoires et besoin d'oxygène Adapter les paramètres ventilatoires en vue de la mobilisation	Infirmière Inhalothérapeute
C (Choix de sédation)	Choisir une sédation adéquate visant le confort du patient en optant pour une sédation minimale	Infirmière Médecin Pharmacien
D (Délium)	Dépister le délirium à l'aide des échelles <i>Confusion Assessment Method-ICU</i> (CAM_ICU) (Wesley, 2014) ou <i>Intensive Care Delirium Screening Checklist</i> (ICDSC) (AACN, 2012; Skrobik, 2008)	Infirmière
E (Exercice)	Choisir le type de mobilisation adapté au patient en faisant référence aux critères d'exclusion (Tableau 2), à la durée ainsi qu'à la fréquence	Infirmière Physiothérapeute Préposé aux bénéficiaires Famille

Sources : Dammeyer et al., 2013; Ecklund et Boss, 2015; Makic, 2015; Kram et al., 2015; Pawlik, 2012; Perme et Chandrashekar, 2009; Roeseler et al., 2013.

Tableau 2

CRITÈRES D'EXCLUSION DE LA MOBILISATION HORS DU LIT D'UN PATIENT INTUBÉ

CARDIOVASCULAIRES	RESPIRATOIRES	NEUROLOGIQUES	ORTHOPÉDIQUES	DERMATOLOGIQUES
- Pression artérielle moyenne < 65 mmHg ou > 200 mmHg - Fréquence cardiaque < 50 ou > 130/min - Arythmie aiguë significative - Infarctus aigu du myocarde - Pathologie cardiaque majeure - Traitement vasopresseur à dose élevée ou récemment introduit *	- SpO₂ < 90 % - FI_{O2} > 60 % • PEEP ≥ 10 cmH₂O - Fréquence respiratoire > 35/min - Signes cliniques de détresse respiratoire (dyspnée de stade 3/4 et plus) - Ventilation compromise par l'agitation	- Pression intra-crânienne > 20 mmHg - Utilisation de médicaments à blocage neuromusculaire - Délirium hyperactif	- Fracture instable - Suspicion de fracture - Lésion médullaire non fixée - Utilisation d'une technique ne permettant pas de respecter les consignes chirurgicales postopératoires	Lésions sévères ou pansements complexes au site de la zone concernée (p. ex., pansement thérapie par pression négative)

* Il est à noter que les patients stables sous catécholamines ne sont pas systématiquement exclus.

Sources : Adler et Malone, 2012; Dammeyer et al., 2013; Drolet et al., 2013; Engel et al., 2013; Roeseler et al., 2013; Ross et Morris, 2010; Schweickert et Kress, 2011; Vollman, 2013.

Tableau 3 TÂCHES DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE MOBILISATION PRÉCOCE DES PATIENTS SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

MEMBRES DE L'ÉQUIPE	TÂCHES	
Infirmière	– Évalue le patient et agit selon les directives médicales – Surveille la présence d'un délirium, l'état hémodynamique et ajuste la sédation au besoin selon le protocole en vigueur ainsi que le débit de perfusion (vasopresseurs) – Coordonne le travail de l'équipe	– Informe et implique un membre de la famille – Assure la sécurité du patient en surveillant les signes d'une intolérance à la mobilisation – S'assure que le matériel utilisé pour lever le patient est en bon état , fonctionnel et sécuritaire
Inhalothérapeute*	– Assure la surveillance respiratoire – Analyse les courbes du respirateur et ajuste ses paramètres – Assure la perméabilité du tube endotrachéal	– Aspire les sécrétions au besoin – Initie le sevrage du respirateur – Effectue vibration et percussion pulmonaire – Encourage les exercices respiratoires
Médecin	– Prescrit la mobilisation hors du lit – Ajuste la sédation selon les résultats de l'échelle de <i>Richmond Agitation Sedation (RASS)</i>	
Préposé aux bénéficiaires	– Fournit l'aide nécessaire durant la mobilisation	
Physiothérapeute	– Met en œuvre aux soins intensifs des interventions thérapeutiques relatives au positionnement et à la mobilisation	– Évalue le patient quant à sa mobilité – Suggère des moyens permettant une meilleure coordination de la mobilisation au sein de l'équipe
Membre de la famille	– Interprète les gestes et le faciès du patient	– Encourage le patient bénéficiaires

Sources : Amidei, 2012; Atkins et Kautz, 2014; Bassett et al., 2012; Castro et al., 2015; Dang, 2013; Drolet et al., 2013; Dean et al., 2012; Ecklund et Bloss, 2015; Perme et Chandrashekar, 2009; Roeseler et al., 2013; Rukstele et Gagnon, 2013; Vollman, 2013.

* En l'absence d'un inhalothérapeute, les activités cliniques qui relèvent de ce professionnel peuvent être effectuées par une infirmière, puisqu'elles font partie de ses activités réservées.

CONCLUSION

Afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients sous ventilation mécanique, il serait pertinent d'implanter dans les milieux de soins intensifs un protocole de mobilisation précoce de ces patients. Cette nouvelle pratique modifierait les croyances des professionnels au sujet de la mobilité des patients sous ventilation mécanique, augmenterait leurs connaissances et habiletés à ce sujet et, surtout, réduirait les complications liées à l'immobilité. ●

LES AUTEURES

GENEVÈVE BOURGAULT
inf.

Infirmière clinicienne à l'Unité de soins intensifs et coronariens de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, CISSS des Laurentides. Étudiante au programme IPSPL de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

LOUISE BÉLANGER
inf., Ph. D.

Professeure agrégée au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais (UQO).

RÉFÉRENCES

- Adler, J. et Malone, D. (2012). Early mobilization in the intensive care unit: A systematic review. *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*, 23(1), 5-13.
- American Association of Critical Care Nurses. Delirium assessment and management. (2012). *Critical Care Nurse*, 32(1), 79-82. Repéré à <http://ccn.aacnjournals.org/content/32/1/79.full>
- Amidei, C. (2012). Mobilisation in critical care: A concept analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(2), 73-81. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2011.12.006>
- Atkins, J. R. et Kautz, D. D. (2014). Move to improve: Progressive mobility in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(5), 275-277. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000063>
- Bassett, R. D., Vollman, K. M., Brandwene, L. et Murray, T. (2012). Integrating a multidisciplinary mobility programme into intensive care practice (IMMPTP): A multicentre collaborative. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(2), 88-97. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2011.12.001>
- Campbell, M. R., Fisher, J., Anderson, L. et Kreppel, E. (2015). Implementation of early exercise and progressive mobility: Steps to success. *Critical Care Nurse*, 35(1), 82-88. Repéré à <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015701>
- Castro, E., Turcinovic, M., Platz, J. et Law, I. (2015). Early mobilization: Changing the mindset. *Critical Care Nurse*, 35(4), e1-e5. Repéré à <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015512>
- Dammeyer, J., Dickinson, S., Packard, D., Baldwin, N. et Riclemann, C. (2013). Building a protocol to guide mobility in the ICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), 37-49. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3182750acd>
- Dang, S. L. (2013). ABCDEs of ICU: Early mobility. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(2), 163-168. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e318283cf45>
- Dean, E., Reid, D., Chung, F., Gruenig, S., Jones, R., Ross, J., ... Hoens, A. (2012). Safe prescription of mobilizing patients in acute care settings—What to assess, what to monitor, when not to mobilize and how to mobilize and progress. Repéré à http://physicaltherapy.med.ubc.ca/files/2012/05/SAFEMOB_Final18673.pdf
- Drolet, A., DeJulio, P., Harkless, S., Henricks, S., Kamin, E., Leddy, E. A., ... Williams, S. (2013). Move to improve: The feasibility of using an early mobility protocol to increase ambulation in the intensive and intermediate care settings. *Physical Therapy*, 93(2), 197-207. Repéré à <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20110400>
- Ecklund, M. M. et Bloss, J. W. (2015). Progressive mobility as a team effort in transitional care. *Critical Care Nurse*, 35(3), 62-68. Repéré à <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2015622>
- Engel, H. J., Needham, D. M., Morris, P. E. et Gropper, M. A. (2013). ICU early mobilization: From recommendation to implementation at three medical centers. *Critical Care Medicine*, 41(9 Suppl 1), S69-S80. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a240d5>
- Kram, S. L., DiBartolo, M. C., Hinderer, K. et Jones, R. A. (2015). Implementation of the ABCDE bundle to improve patient outcomes in the intensive care unit in a rural community hospital. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), 250-258. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000129>
- Li, Z., Peng, X., Zhu, B., Zhang, Y. et Xi, X. (2013). Active mobilization for mechanically ventilated patients: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(3), 551-561. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.023>
- Makic, M. B. (2015). Rethinking mobility and intensive care patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(2), 151-152. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jopan.2015.01.001>
- Patel, B. K., Pohlman, A. S., Hall, J. B. et Kress, J. P. (2014). Impact of early mobilization on glycemic control and ICU-acquired weakness in critically ill patients who are mechanically ventilated. *Chest*, 146(3), 583-589. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1378/chest.13-2046>
- Pawlik, A. J. (2012). Early mobilization in the management of critical illness. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 24(3), 481-490. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2012.05.003>
- Perme, C. et Chandrashekar, R. (2009). Early mobility and walking program for patients in intensive care units: Creating a standard of care. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 212-221. Repéré à <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009598>
- Roeseler, J., Sottiaux, T., Lemiale, V., Lesny, M., Beduneau, G., Bialais, E., ... Titomanlio, L. (2013). Prise en charge de la mobilisation précoce en réanimation, chez l'adulte et l'enfant (électrostimulation incluse). *Réanimation*, 22(2), 207-218. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s13546-013-0658-y>
- Ross, A. G. et Morris, P. E. (2010). Safety and barriers to care. *Critical Care Nurse*, 30(2), S11-S13. Repéré à <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2010118>
- Rukstele, C. D. et Gagnon, M. M. (2013). Making strides in preventing ICU-acquired weakness: Involving family in early progressive mobility. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), 141-147. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31827539cc>
- Schweickert, W. D. et Kress, J. P. (2011). Implementing early mobilization interventions in mechanically ventilated patients in the ICU. *Chest*, 140(6), 1612-1617. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1378/chest.10-2829>
- Skrobik, Y. (2008). Le délirium aux soins intensifs. *Réanimation*, 17(7), 618-624. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.reaurg.2008.07.018>
- Vollman, K. M. (2013). Understanding critically ill patients hemodynamic response to mobilization: Using the evidence to make it safe and feasible. *Critical Care Nursing Quarterly*, 36(1), 17-27. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3182750767>
- Wesley, E. (2014). Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU). Repéré à http://www.icudelirium.org/docs/CAM_ICU_training.pdf
- Winkelman, C. (2009). Bed rest in health and critical illness: A body systems approach. *American Association of Critical-Care Nurses Advanced Critical Care*, 20(3), 254-266. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1097/NCI.0b013e3181ac838d>

PÉRINATALITÉ

Le massage des bébés prématurés ou nés à terme, mais malades

Le massage est une forme de soin de proximité, un contact privilégié qui représente, avant tout, un moment de détente et de complicité entre le parent et son bébé. Le massage se définit généralement par des pressions modérées sur le corps avec les mains, qui engendrent une stimulation tactile chez le bébé (Abdallah, Badr et Hawwari, 2013).

par AUDREY LARONE JUNEAU, inf., M. Sc., AUDREY CHARPENTIER DEMERS, ergothérapeute, ISABELLE MILETTE, IPSNN, et MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.

Le massage a été adopté par de nombreuses sociétés à travers les temps et son but demeure toujours le même : favoriser la communication et créer un lien entre les parents et leur bébé. Le massage est aussi reconnu, depuis plus de deux décennies, pour apporter de nombreux bénéfices au bébé prématuré ou au bébé né à terme, mais malade. Chez le bébé prématuré plus précisément, on constate, entre autres, une augmentation plus rapide du poids (Diego, Field et Hernandez-Reif, 2014; Smith, McGrath, Brotto et Inder, 2014; Wang, He et Zhang, 2013), une diminution du stress (Abdallah et al., 2013; White-Traut, Schwertz, McFarlin et Kogan, 2009), une diminution du temps d'hospitalisation et un meilleur sommeil (Yates et al., 2014). Pour les parents et spécifiquement pour les mères,

les bénéfices sont nombreux : réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression, confiance accrue dans le rôle parental et amélioration de l'attachement parent-enfant (Feijo et al., 2006; Ferber et al., 2005).

GESTES DU MASSAGE ET TOLÉRANCE DU BÉBÉ

Bébés nés à terme et en santé

Les bébés nés à terme et en santé tolèrent généralement bien le massage et communiquent assez clairement à leurs parents leur bien-être et leur inconfort. Cependant, ceux nés prématurément ou ceux nés à terme, mais malades, et qui nécessitent des soins en unité néonatale (UNN) n'ont pas la même capacité de communication que ceux nés à terme en raison de leur immaturité neurologique ou de leur état de santé précaire. De plus, la surstimulation sensorielle à l'UNN ne fait pas de ce lieu un environnement favorable au massage. De ce fait, certaines précautions doivent être prises lorsque le massage se déroule à l'UNN.

Bébés prématurés ou nés à terme, mais malades

Outre le but premier du massage qui est la détente, d'autres bienfaits sont visés pour cette clientèle qui demande une attention particulière. Il faut savoir qu'à l'UNN, les stimulations par le toucher sont nombreuses et surtout perçues comme négatives (manipulations pour les soins, techniques douloureuses, etc.). C'est pourquoi il est important d'offrir à ces bébés un toucher positif. Leur cerveau doit comprendre que les contacts physiques peuvent être agréables et établir des connexions nerveuses en ce sens.

Le toucher profond lors du massage a également pour but d'offrir de la proprioception au bébé. Essentielle au développement sensorimoteur du bébé, la proprioception permet d'améliorer la sensation dans les articulations, les muscles et les tendons. Elle améliore la conscience corporelle et l'intégration sensorielle, en plus d'entraîner des patrons de mouvements mieux contrôlés qui aideront le bébé à franchir les étapes de son développement plus rapidement. Le massage permet également de désensibiliser les zones qui ont subi des manipulations douloureuses (p. ex. : pourtour de la bouche et du nez, plante des pieds) lors de prélèvements sanguins, de l'installation de tubes et d'électrodes, etc. Enfin, le massage est une méthode de retour au calme très efficace et une des meilleures interventions en soins du développement (Smith, 2012). En effet, rien n'est plus apaisant et rassurant pour le bébé que d'être enveloppé par les mains de ses parents. Même la plus douce des peluches n'a pas cet effet!

Les infirmières qui œuvrent en périnatalité, et plus spécifiquement en néonatalogie, occupent une position privilégiée auprès des parents afin de leur enseigner ce soin de proximité et de les guider. Le tableau ci-contre propose un survol des questions les plus fréquemment posées par les parents sur le massage à l'UNN.



CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

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

Faites parvenir votre CV en tout temps :

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

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

Des avantages qui se démarquent !

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



© Frédéric Cantin

6

Massage du nouveau-né

Questions fréquemment posées par les parents

Q

Par qui devrait être donné le massage?

Le massage est-il recommandé pour tous les bébés prématurés ou nés à terme, mais malades?

Faut-il masser l'ensemble du corps?

Dans quelle position doit-on placer le bébé pour commencer le massage?

Quelle huile de massage faut-il utiliser?

Quelle pression faut-il appliquer?

R

Il devrait être donné par les parents. Ceux qui massent leur bébé développent davantage leur sensibilité parentale en profitant d'un contact physique privilégié et en s'engageant dans les soins.

Habituellement, le massage est offert aux bébés prématurés de plus de 32 semaines d'âge gestationnel et pesant plus de 1 200 grammes, puisque les recherches ont été menées auprès de cette population. Les bébés ayant certaines problématiques de santé (troubles de régulation sensorielle, désorganisation sensorimotrice, syndrome de sevrage, etc.) en bénéficieront davantage, bien que ce soin de proximité donné par les parents soit bénéfique à tous les bébés. Habituellement, ce soin est proposé aux parents lorsque le bébé ne nécessite plus de soins critiques et que l'équipement requis par les soins est moins lourd. Le moment de transition de l'incubateur au petit lit ou au grand lit avec ridelles peut être un bon indicateur du moment pour commencer le massage. Il n'est pas conseillé de donner des massages aux bébés qui reçoivent de la photothérapie, ayant une instabilité clinique ou qui souffrent de maladies de peau ou de problèmes à l'abdomen. Selon votre milieu de soins, les voies centrales et les infections actives pourraient être considérées comme des contre-indications (CHU Sainte-Justine, 2015).

Avec les bébés hospitalisés à l'UNN, il est préférable de procéder graduellement. Les réactions et les comportements de stress et d'adaptation du bébé devraient en tout temps guider ce soin (voir le deuxième article de cette série, intitulé « Mieux comprendre les comportements du nouveau-né », dans le numéro de septembre-octobre 2017). Il est préférable de commencer le massage par le dos, les bras ou les jambes, puis de voir si le bébé le tolère avant de masser d'autres régions du corps. De plus, de courts massages de cinq à quinze minutes seront privilégiés pour débiter.

La position sur le dos est particulièrement déstabilisante pour le bébé prématuré ou né à terme, mais malade, puisqu'elle favorise l'ouverture du corps. Il est donc préférable de le placer sur le ventre ou en position latérale pour commencer, les mains près de la bouche, et de lui donner une sucette d'amusement. Si le massage est bien toléré dans ces positions, la position dorsale pourra être envisagée par la suite.

L'huile doit être inodore, douce pour la peau et non irritante, certifiée biologique et disponible en bouteilles individuelles munies d'un bec verseur. Aucun produit à base de noix ou de pétrole ne doit être utilisé. Certaines UNN fournissent l'huile de massage ou permettent l'usage de certaines lotions.

Une pression modérée est préférable. Il faut cependant éviter un toucher trop léger qui risque de surstimuler négativement le bébé. La pression est adéquate si la peau change légèrement de couleur à la suite du passage de la main.

Les 3 étapes du massage chez les bébés

AVANT LE MASSAGE	Lorsque le massage est destiné à un bébé prématuré, il est judicieux d'enseigner les différents mouvements aux parents d'abord sur une poupée. L'utilisation de celle-ci leur permet de se familiariser avec le soin et de diminuer leur stress. Il est important de bien préparer le bébé et l'environnement dans lequel il se trouve. Voici les informations à donner aux parents (Martel et Milette, 2017) : – Préparez l'environnement : • Diminuez l'exposition à la lumière (lampe de chevet, soleil, photothérapie à proximité, etc.) et au bruit (intensité de votre voix, etc.). • Fermez la porte de la pièce pour éviter les courants d'air. • Réglez la température de la pièce à environ 25 °C (si possible) ou privilégiez un endroit de la pièce sans courant d'air. – Ayez les articles suivants à portée de main : • Couverture au cas où il aurait froid pendant le massage ou pour la fin du massage (des couvertures chaudes peuvent aussi être utilisées). • Sucette d'amusement (pour aider votre enfant à se sécuriser). • Huile à massage. – Parlez au bébé lorsque vous vous apprêtez à le dévêtir et tout au long du massage. Cela aura pour effet de le préparer au contact et de le sécuriser. – Dévêtez complètement le bébé afin de retirer les fils des appareils et des moniteurs, ou gardez-les selon sa condition médicale. Essayez le plus possible de le maintenir en position fœtale durant cette étape. – Placez-le sur le ventre ou sur le côté pour commencer le massage selon les méthodes de portage et de déplacement vues dans le quatrième article de la présente série (janvier-février 2018). La position sur le ventre est idéale pour commencer le massage, compte tenu des raisons évoquées précédemment.
PENDANT LE MASSAGE	Portez attention au langage non verbal du bébé (signes de stress et d'adaptation vus dans le premier article de la présente série – mai-juin 2017) pendant toute la durée du massage et n'hésitez pas à lui accorder des moments de pause et à appliquer les méthodes de retour au calme s'il montre des signes de stress. Plus le bébé est immature et malade, plus ce soin doit être fait avec des gestes lents. – Réchauffez l'huile à massage dans les mains. – Commencez le massage en déposant les mains sur le dos du bébé afin de l'envelopper. Observez sa réaction. Les mains doivent rester immobiles et l'enveloppement doit se faire avec toute la main (pas seulement le bout des doigts). Déposez une main dans le haut du dos et descendez lentement vers les fesses en maintenant toujours une pression uniforme. La deuxième main prend ensuite la relève au niveau du haut du dos. Ainsi, tour à tour, chacune des mains est en contact avec le corps du bébé. – Fiez-vous aux réactions du bébé pour ajuster la vitesse et déterminer s'il est possible de passer à une autre partie de son corps. – Utilisez toujours le même principe pour masser les bras et les jambes si le bébé a toléré le massage du dos : une main part du haut du membre et descend vers le bas; l'autre prend le relais lorsque la première main se soulève. – Attendez de voir si le bébé réagit bien au massage avant d'ajouter d'autres stimulations telles que : lui parler (stimulation auditive), le regarder (stimulation visuelle) ou de petits bercements ou tapotements (stimulation vestibulaire). – Déposez de nouveau les mains sur son corps à la fin du massage. Laissez-les en place pendant quelques instants. Au fil du temps, le bébé comprendra que cela veut dire que le massage est terminé.
APRÈS LE MASSAGE	– Pour le retour dans le petit lit, utilisez les méthodes de portage et de déplacement vues antérieurement. – Prenez le temps de parler au bébé à la fin du massage pour le préparer à la transition que représente la fin du massage. – Assurez-vous d'appliquer les méthodes de retour au calme pendant les minutes qui suivent afin de lui laisser le temps de se réorganiser et de s'endormir doucement. – Retirez les mains progressivement de sorte que le bébé sente toujours un contact à mesure qu'il se détend et s'endort.

Par leur expertise et leur enseignement, les infirmières qui œuvrent en périnatalité, et plus spécifiquement en néonatalogie, contribuent au développement des compétences parentales en lien avec le massage. En raison de leur rôle, elles incluent les parents comme partenaires de soins et favorisent le bien-être des bébés dans un environnement où l'équipement médical occupe une large place.

Signalons, en conclusion, que le massage est un soin qui devrait se poursuivre à la maison, une fois le congé de l'UNN obtenu, afin que les parents poursuivent ce contact privilégié et intime avec leur bébé. Sur ce plan, les infirmières exerçant en

périnatalité en milieu communautaire occupent un rôle majeur vers l'atteinte de cet objectif. ●

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

LES AUTEURES

AUDREY LARONE JUNEAU
Inf., M. Sc

Cadre-conseil en sciences infirmières
au CHU Sainte-Justine

AUDREY CHARPENTIER DEMERS
B. Erg.

Ergothérapeute au CHU Sainte-Justine

ISABELLE MILETTE
IPSNN

Infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et experte en soins du développement à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Membre clinicienne du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISQ).

MARIE-JOSÉE MARTEL
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Chercheuse régulière 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 RRISQ.

RÉFÉRENCES

- Abdallah, B., Badr, L. K. et Hawwari, M. (2013). The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 662-669.
- CHU Sainte-Justine. (2015). *Le massage à l'unité néonatale*. Document préparé par Larone Juneau, A., Milette, I., Charpentier Demers, A. et Veilleux, A.
- Diego, M. A., Field, T. et Hernandez-Reif, M. (2014). Preterm infant weight gain is increased by massage therapy and exercise via different underlying mechanisms. *Early Human Development*, 90(3), 137-140.
- Feijo, L., Hernandez-Reif, M., Field, T., Burns, W., Valley-Gray, S. et Simco, E. (2006). Mothers' depressed mood and anxiety levels are reduced after massaging their preterm infants. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 476-480.
- Ferber, S. G., Feldman, R., Kuint, J., Dollberg, S., Arbel, E. et Weller, A. (2005). Massage therapy facilitates mother-infant interaction in premature infants. *Infant Behavior and Development*, 28(1), 74-81.
- Martel, M. J. et Milette, I. (2017). *Être parent à l'unité néonatale : tisser des liens pour la vie*. Montréal, QC : Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Smith, J. R. (2012). Comforting touch in the very preterm hospitalized infant: An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, 12(6), 349-365.
- Smith, J. R., McGrath, J., Brotto, M. et Inder, T. (2014). A randomized-controlled trial pilot study examining the neurodevelopmental effects of a 5-week M Technique intervention on very preterm infants. *Advances in Neonatal Care*, 14(3), 187-200.
- Wang, L., He, J. L. et Zhang, X. H. (2013). The efficacy of massage on preterm infants: A meta-analysis. *American Journal of Perinatology*, 30(9), 731-738.
- White-Traut, R. C., Schwartz, D., McFarlin, B. et Kogan, J. (2009). Salivary cortisol and behavioral state responses of healthy newborn infants to tactile-only and multisensory interventions. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(1), 22-34.
- Yates, C. C., Mitchell, A. J., Booth, M. Y., Williams, D. K., Lowe, L. M. et Whit Hall, R. (2014). The effects of massage therapy to induce sleep in infants born preterm. *Pediatric Physical Therapy*, 26(4), 405-410.

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

Prochains cours :

INTENSIF
1er mai 2018

HYBRIDE
1er mai 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**



Cas clinique M. LEBEL

Cela fait maintenant deux semaines que M. Lebel a obtenu son congé de l'hôpital depuis qu'il a été victime d'un syndrome coronarien aigu (SCA) et qu'il a reçu un diagnostic de maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS). Il a subi une angioplastie transluminale percutanée avec déploiement de deux endoprothèses vasculaires (stents). À son congé de l'hôpital, M. Lebel a reçu de la part de son infirmière et de l'équipe médicale les premières recommandations en ce qui concerne la prévention secondaire, entre autres quant au traitement pharmacologique. Il a également été orienté vers un programme de réadaptation cardiaque dans un centre spécialisé.

M. Lebel se présente donc à ce centre pour la première fois afin de rencontrer Sophie, l'une des infirmières du programme de réadaptation cardiaque.

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

2^e partie : la prévention secondaire

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 RECONNAÎTRE

les facteurs de risque cardiométabolique et leurs impacts sur la maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS).

02 IDENTIFIER

les interventions infirmières pertinentes suivant un diagnostic de MCAS.

03 COMPRENDRE

les recommandations en matière de prévention secondaire lorsqu'un diagnostic de MCAS est posé.

L'infirmière joue un rôle central lors d'un syndrome coronarien aigu (SCA) afin de soulager les symptômes, freiner l'évolution de l'ischémie myocardique et prévenir la mortalité. Le rôle de l'infirmière lors d'un SCA a été exploré dans le cadre de la première partie de cet article, publiée dans le numéro de janvier-février 2018 (Fontaine et al., 2018). Cette deuxième partie est consacrée au rôle de l'infirmière une fois le diagnostic de MCAS posé, c'est-à-dire en contexte de prévention secondaire, afin de réduire la progression de la MCAS et le risque d'un nouvel événement coronarien.

par **GUILLAUME FONTAINE, MARC-ANDRÉ MAHEU-CADOTTE, TANYA MAILHOT, KIM LAFLAMME, PATRICK LAVOIE ET SONIA HEPPELL**

LA PRÉVENTION SECONDAIRE

La prévention secondaire est définie comme l'ensemble des activités visant à prévenir la mortalité et la morbidité liées à une maladie, une fois que le diagnostic a été posé, et à améliorer la qualité de vie et le sentiment de bien-être des individus (Piepoli et al., 2014). Par exemple, l'adoption de saines habitudes alimentaires est un élément crucial afin de prévenir le risque d'un événement coronarien chez les individus ayant reçu un diagnostic de MCAS ou ayant subi un SCA. Les infirmières et infirmiers de tous les milieux de pratique sont amenés à intervenir auprès d'individus ayant reçu un diagnostic de MCAS, compte tenu de l'incidence significative de cette pathologie dans la population. L'intégration d'interventions de prévention secondaire dans leur pratique permettra de freiner la progression de la MCAS et de limiter ses impacts sur la santé des individus (Jennings, Graham et Gielen, 2016).

Dans cet article, nous abordons quatre dimensions de la prévention secondaire : 1) la référence à un programme de réadaptation cardiaque; 2) l'évaluation et la gestion des facteurs de risque cardiometabolique; 3) le traitement pharmacologique; et 4) l'évaluation et la mobilisation du soutien psychologique.

La référence à un programme de réadaptation cardiaque

Les programmes de réadaptation cardiaque proposent un ensemble de soins coordonnés afin de soutenir les individus ayant reçu un diagnostic de MCAS dans leur réadaptation et dans la réduction de leurs facteurs de risque. Ces programmes sont offerts en interdisciplinarité par des équipes incluant, entre autres, des infirmières, des kinésiologues, des médecins et des nutritionnistes (Anderson et al., 2016b; Oldridge, 2012).

La majorité des patients atteints de MCAS, y compris ceux souffrant d'insuffisance cardiaque de classe I ou II, sont encouragés à participer à ce type de programme (**Tableau 1**). Une instabilité clinique persistante, une transplantation cardiaque récente ou l'implantation d'un dispositif d'assistance ventriculaire représentent toutefois des critères d'exclusion actuellement (Pardaens, Willems, Vande Kerckhove et De Sutter, 2015).

Les programmes de réadaptation cardiaque prennent la forme d'une à trois rencontres par semaine pendant une période variant de six semaines à six mois (Anderson et al., 2017). Ils consistent notamment en des cours visant à outiller les patients à mieux comprendre la maladie coronarienne et à les aider à prendre en main leur santé (mise en forme, nutrition, soutien psychologique, etc.). Au Québec, le Centre ÉPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal, le Centre de réadaptation cardio-respiratoire Jean-Jacques-Gauthier de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le Centre de cardiologie préventive du CHUM et le Pavillon de prévention des maladies cardiaques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec offrent de tels programmes. Certains programmes de réadaptation cardiaque sont adaptés aux besoins spécifiques des femmes ou offerts à domicile afin de pallier des problématiques d'accessibilité (Anderson et al., 2017; Supervia et al., 2017).

Tableau 1
CLASSIFICATION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE SELON LA
NEW YORK HEART ASSOCIATION

Classes	Description
CLASSE I	Aucune limitation fonctionnelle. L'activité physique ordinaire n'entraîne pas de fatigue anormale, de dyspnée ou de palpitations.
CLASSE II	Limitation légère de l'activité physique. La personne est à l'aise au repos, mais l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations ou une dyspnée.
CLASSE III	Limitation marquée de l'activité physique. La personne est à l'aise au repos, mais une activité moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes.
CLASSE IV	Limitation sévère. Impossibilité de réaliser de l'activité physique sans gêne. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque sont présents, même au repos.

Source : American Heart Association, 2017.

L'évaluation et la gestion des facteurs de risque cardiometabolique

Une évaluation de l'état clinique du patient devrait être réalisée par l'infirmière préalablement à l'évaluation du risque cardiometabolique (p. ex. les symptômes angineux et l'examen physique ciblé) (Fontaine et al., 2018; Fontaine, Laflamme, Lavoie et Heppell, 2017). Le risque cardiometabolique regroupe l'ensemble des facteurs de risque qui contribuent conjointement à favoriser la MCAS et le diabète de type 2 (Leiter et al., 2011; Després, Cartier, Côté et Arseneault, 2008). Les facteurs de risque cardiometabolique peuvent être divisés en deux classes, soit les facteurs modifiables et les facteurs non modifiables.

Les facteurs de risque cardiometabolique modifiables

Le tabagisme, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète, l'obésité, la sédentarité, une alimentation sous-optimale et une consommation élevée d'alcool sont les principaux facteurs de risque cardiometabolique modifiables. La réduction de ces facteurs de risque a une influence favorable sur la santé cardiovasculaire (Ford et al., 2007).

Rencontre d'évaluation avec M. Lebel

Lors de la première rencontre au centre de réadaptation cardiaque, Sophie évalue les différents facteurs de risque cardiometabolique que M. Lebel présente. Elle le questionne notamment sur ses habitudes alimentaires, les activités physiques qu'il pratique, sa consommation tabagique et les sentiments anxieux et dépressifs qu'il pourrait ressentir.

Sophie relève certains facteurs de risque chez M. Lebel, tels que son âge (60 ans), une hypertension artérielle (148/92), un diabète de type 2, des habitudes de vie sédentaires et un niveau de stress élevé au quotidien; elle lui explique comment ceux-ci ont pu favoriser la survenue de son événement cardiovasculaire.

Le tabagisme

Cibles thérapeutiques (Perk et al., 2012; Smith et al., 2011)

- Cessation tabagique complète
- Absence d'exposition environnementale à la fumée de tabac

Physiopathologie et impacts cliniques

Le tabagisme est le plus important facteur de risque modifiable contribuant à la MCAS. Les fumeurs ont, en moyenne, une espérance de vie inférieure de 10 ans comparativement aux individus qui n'ont jamais fumé (Jha et al., 2013; De Lemos et Omland, 2018). La nicotine provoque la libération de catécholamines, ce qui augmente la fréquence cardiaque et la pression artérielle et, subséquentement, les besoins en oxygène du cœur. Paradoxalement, la majorité des fumeurs croit que la cigarette les aide à se détendre (Jennings et al., 2016). Le tabagisme contribue également à l'athérosclérose par le biais de mécanismes hémostatiques et inflammatoires. Par exemple, une concentration plasmatique élevée de la protéine C-réactive, un marqueur biologique de l'inflammation, a été corrélée avec un risque plus élevé d'événements coronariens (Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), Office on Smoking and Health (US), 2010).

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

L'infirmière devrait évaluer systématiquement le statut tabagique de l'individu et son exposition à la fumée secondaire, puis offrir un soutien pour la cessation tabagique au besoin (Kamceva et al., 2016). La combinaison de la pharmacothérapie au counseling peut tripler les chances de cessation tabagique complète comparativement à une seule de ces deux composantes.

(Jennings et al., 2016). Trois approches pharmacologiques sont recommandées, soit la thérapie de remplacement nicotinique (p. ex. : timbre et gomme de nicotine, disponibles en vente libre), le bupropion et la varénicline (Pipe et al., 2011). Parallèlement, le counseling effectué en trois à cinq minutes par les infirmières est également efficace pour favoriser la cessation tabagique (Aveyard, Begh, Parsons et West, 2012). Enfin, l'infirmière peut proposer au patient de consulter les outils mis à sa disposition par la ligne J'arrête (www.defitabac.qc.ca). Il est à noter qu'un gain de poids d'environ 4 à 5 kg au cours de l'année suivant la cessation tabagique est régulièrement observé pour plusieurs raisons : la nicotine contenue dans le tabac agissait comme « coupe-faim », le geste de prendre une cigarette peut être compensé par du grignotage, ou encore il y a redécouverte des goûts et des saveurs des aliments. En ce sens, un programme d'activité physique et un plan alimentaire peuvent aider à limiter le gain de poids (Jennings et al., 2016).

L'hypertension artérielle

Cibles thérapeutiques (Smith et al., 2011; James et al., 2014; SPRINT Research Group et al., 2015)

- Chez la population à risque (c.-à-d. avec une MCAS) : < 120/80 mmHg
- ! Chez la population adulte, l'American Heart Association a mis à jour ses lignes directrices afin de considérer comme de l'hypertension une pression artérielle égale ou supérieure à 130/80 mmHg (plutôt que 140/90 mmHg) (Whelton et al., 2017).

Physiopathologie et impacts cliniques

L'hypertension artérielle est reliée à l'âge, l'origine ethnique, les antécédents familiaux, les facteurs génétiques, la sédentarité, le tabagisme, le stress et l'alimentation (Kearney et al., 2005). L'hypertension artérielle accroît l'athérosclérose par la création de lésions au niveau des cellules endothéliales. Chez les individus âgés de 40 à 70 ans, chaque augmentation de 20 mmHg de la pression artérielle systolique ou de 10 mmHg de la pression artérielle diastolique double le risque de maladies cardiovasculaires (Mann, Zipes, Libby et Bonow, 2015).

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

Des diminutions minimales de la pression artérielle (de 3 à 5 mmHg) entraînent des réductions cliniquement significatives des événements coronariens (Collins et al., 1990). Le counseling réalisé par l'infirmière devrait viser le contrôle du poids, la pratique de l'activité physique, la consommation modérée d'alcool et une saine alimentation (Smith et al., 2011). De surcroît, l'adhésion au traitement médicamenteux est essentielle afin d'atteindre les cibles de pression artérielle.

La dyslipidémie

Cibles thérapeutiques (Smith et al., 2011; Cannon et al., 2015)

- C-LDL : < 2,0 mmol/L, ou une réduction de > 50 %
- ! Chez la population à très haut risque (post-SCA) : un C-LDL < 1,8 mmol/L peut être considéré comme cible

Physiopathologie et impacts cliniques

Le profil lipidique comprend généralement le cholestérol total, les lipoprotéines de basse densité (C-LDL, considéré comme le « mauvais » cholestérol), les lipoprotéines de haute densité (C-HDL, considéré comme le « bon » cholestérol) et les triglycérides. La variation de ces paramètres peut être attribuée à des facteurs génétiques et aux habitudes de vie (Jennings et al., 2016). Des taux élevés de C-LDL et de triglycérides et un faible taux de C-HDL sont associés à un risque plus élevé de MCAS et d'événements coronariens (De Lemos et Omland, 2018).

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

L'infirmière devrait prioriser les interventions visant le changement des habitudes de vie afin de traiter la dyslipidémie. L'élimination des gras trans et la réduction des aliments riches en gras saturés et en cholestérol sont préconisées (Jennings et al., 2016). Une alimentation riche en acides gras oméga-3 et oméga-6 est aussi recommandée. De plus, les fibres de psyllium et le bêta-glucane (avoine, orge) permettraient de diminuer respectivement les triglycérides et le C-LDL (McRorie 2015a; 2015b). L'activité physique régulière permet de réduire l'obésité, un facteur de risque de la dyslipidémie. En matière de traitement pharmacologique, les statines sont les hypolipémiants les plus efficaces afin de réduire la mortalité (De Lemos et Omland, 2018).

Le diabète et le pré-diabète

Cible thérapeutique (Perk et al., 2012; Smith et al., 2011)

- Hémoglobine glyquée < 7 %

Physiopathologie et impacts cliniques

Le diabète favorise l'infiltration de C-LDL dans les artères et entrave la dilatation des vaisseaux sanguins par la création de lésions au niveau des cellules endothéliales (Turin et al., 2017; Goldfine, Phua et Abrahamson, 2014). De ce fait, le diabète contribue significativement au processus athérosclérotique. L'hémoglobine glyquée (HbA1c) représente le taux d'hémoglobine fixé au glucose et permet d'évaluer l'équilibre glycémique des patients au cours des trois derniers mois. Le résultat de cet examen est important, car, alors que la glycémie est un instantané de l'état glycémique, l'HbA1c permet d'avoir une vision de l'équilibre du diabète et du risque de développer ou non des complications à long terme.

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

L'infirmière devrait promouvoir un suivi glycémique régulier chez les patients diabétiques et atteints de MCAS et s'assurer que les soins soient coordonnés avec le médecin de famille et l'endocrinologue. Encore une fois, le changement des habitudes de vie joue un rôle de premier plan dans le traitement du diabète. Les interventions de l'infirmière devraient viser de façon prioritaire les habitudes de vie reliées à l'alimentation, à l'activité physique et au contrôle du poids. L'adhésion au traitement médicamenteux de première intention, la metformine, devrait être promue en l'absence de contre-indications (Smith et al., 2011). La prise d'inhibiteurs du sodium-glucose co-transporteur 2 (SGLT2), comme l'empagliflozine, en combinaison avec la metformine, est désormais recommandée chez les patients diabétiques à risque élevé, vu son effet dans la diminution du risque d'événements coronariens (Fitchett et al., 2016).

L'obésité et l'embonpoint

Cibles thérapeutiques (Smith et al., 2011; De Lemos et Omland, 2018)

- Indice de masse corporelle : 18,5 à 24,9 kg/m²
- Tour de taille : moins de 88 cm chez les femmes et moins de 102 cm chez les hommes

Physiopathologie et impacts cliniques

Un gain de poids se produit quand l'apport en énergie est plus grand que la dépense (Jennings et al., 2016). Un nombre croissant de Canadiens sont atteints d'obésité, ce qui correspond à un indice de masse corporelle (IMC) de plus de 30, ou encore d'embonpoint, ce qui correspond à un IMC entre 25 et 29,9 (Manuel et al., 2014). L'obésité abdominale s'avère particulièrement nocive, puisqu'elle est associée à un taux élevé de C-LDL, à de l'hypertension artérielle et à un risque accru de développer un diabète de type 2. De ce fait, le tour de taille permet d'évaluer le risque métabolique et le risque d'événement coronarien plus précisément que l'IMC (Perk et al., 2012).

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

L'infirmière devrait porter une attention particulière à l'IMC et au tour de taille du patient, afin d'évaluer si ces mesures se situent dans les cibles thérapeutiques. Le counseling devrait viser le maintien ou la réduction du poids grâce à l'activité physique, à la réduction de l'apport calorique et à une alimentation équilibrée (Smith et al., 2011).

La sédentarité

Cible thérapeutique (Smith et al., 2011)

- Au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse (p. ex., la marche rapide)

Physiopathologie et impacts cliniques

La prévalence de la sédentarité chez les Canadiens (51 %) est plus élevée que celle de tous les autres facteurs de risque cardiometabolique (Warburton, Nicol et Bredin, 2006). Des études ont démontré que l'activité physique permettrait de réduire de 26 % la mortalité liée à des causes cardiovasculaires. Cette réduction de la mortalité grâce à l'activité physique pourrait être expliquée par des améliorations d'autres facteurs de risque comme l'hypertension artérielle et l'obésité (Smith et al., 2011; De Lemos et Omland, 2018).

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

L'infirmière devrait tenir compte de son évaluation clinique et de l'état actuel du patient lorsqu'elle formule ses recommandations en matière d'activité physique, particulièrement si ce dernier a subi un SCA. L'infirmière devrait encourager la réalisation de

150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par semaine réparties sur une base quotidienne. Ces 150 minutes peuvent être découpées en séances de 10 minutes ou plus. De plus, elle devrait encourager une participation active aux activités de la vie domestique, telles que le jardinage et le travail ménager, afin d'améliorer la condition cardiorespiratoire (Smith et al., 2011).

Une alimentation sous-optimale

Cibles thérapeutiques (Anderson et al., 2016.)

- Adoption d'une diète méditerranéenne (preuves de haute qualité), d'une diète Portfolio (preuves de qualité moyenne) ou d'une diète DASH (preuves de qualité moyenne)
- Régime alimentaire riche en noix (≥ 30 g/jour)
- Régime alimentaire riche en légumineuses (≥ 4 portions par semaine)
- Régime alimentaire riche en huile d'olive (≥ 60 mL par jour)
- Régime alimentaire riche en fruits et légumes (≥ 5 portions par jour)

Physiopathologie et impacts cliniques

L'alimentation joue un rôle-clé dans la physiopathologie associée à plusieurs facteurs de risque cardiometabolique, dont l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, le diabète et l'obésité (De Lemos et Omland, 2018). Une alimentation équilibrée permet de réduire la morbidité et la mortalité reliées à la MCAS par le biais de plusieurs mécanismes d'action (De Lemos et Omland, 2018).



NOUVEAU COURS SOINS DE PLAIES

Offert à l'été et à l'automne 2018
À DISTANCE

Cours de 2 crédits universitaires (30 heures)
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-TÉMISCAMINGUE

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

Si le temps le permet, un journal alimentaire peut être réalisé avec le patient afin d'obtenir un portrait du type et de la quantité d'aliments consommés (Jennings et al., 2016). À cet effet, l'infirmière devrait travailler en collaboration avec une nutritionniste. L'infirmière peut recommander au patient de limiter son apport en aliments transformés, souvent riches en sel, en gras saturés et en sucres ajoutés. Elle peut également discuter de l'importance de rééquilibrer les types d'aliments ou encore d'adopter une diète spécifique. Les diètes recommandées pour la réduction du risque cardiométabolique sont les diètes méditerranéenne, Portfolio et DASH (Anderson et al., 2016b) (**Tableau 2**).

Une consommation élevée d'alcool

Cible thérapeutique

- Selon le sexe, la consommation d'alcool devrait être limitée à 1 ou 2 verres par jour

Physiopathologie et impacts cliniques

La consommation d'alcool a des effets complexes qui peuvent être bénéfiques ou néfastes sur le développement de maladies cardiovasculaires. Une consommation élevée et régulière d'alcool augmente le risque d'événement coronarien et la mortalité. De plus, les individus qui ont un taux élevé de triglycérides ou qui sont atteints d'hypertension artérielle devraient limiter leur consommation (Duhamel et al., 2016). En revanche, les études ont démontré qu'une consommation légère à modérée d'alcool réduit les événements coronariens et la mortalité. Le type d'alcool semble avoir peu d'importance; c'est plutôt la routine et la quantité des consommations qui importent (De Lemos et Omland, 2018).

Tableau 2 **DIÈTES LES PLUS EFFICACES POUR LA RÉDUCTION DU RISQUE CARDIOMÉTABOLIQUE**

GROUPES ALIMENTAIRES/ALIMENT	PORTIONS
DIÈTE MÉDITERRANÉENNE	
Huile d'olive	≥ 4 cuillères à soupe / jour
Noix et arachides	≥ 3 / semaine
Fruits	≥ 3 / jour
Légumes	≥ 2 / jour
Légumineuses	≥ 3 / semaine
Fruits de mer et poisson (particulièrement les poissons gras)	≥ 3 / semaine
Viande blanche	Remplace la viande rouge
Optionnel : vin avec les repas	Maximum 2 consommations / jour pour les hommes et 1 consommation / jour pour les femmes ^A
CONTENU NUTRITIONNEL	POIDS/VALEUR ÉNERGÉTIQUE
DIÈTE PORTFOLIO^B	
Stérols végétaux	0,94 g / 1 000 kcal
Fibres solubles (avoine, orge et psyllium) ^C	9,8 g / 1 000 kcal
Protéines végétales provenant du soja (analogues de lait de soja, de tofu et de soja) ^C	22,5 g / 1 000 kcal
Noix et cacahuètes	22,5g / 1 000 kcal
GROUPES ALIMENTAIRES/ALIMENT	PORTIONS
DIÈTE DASH	
Produits céréaliers	6 à 8 / jour
Légumes	4 à 5 / jour
Fruits	4 à 5 / jour
Produits laitiers faibles en matières grasses ou sans matières grasses	2 à 3 / jour
Viandes maigres, poisson et volaille	2 ou moins / jour
Noix, graines et légumineuses	4 à 5 / semaine
Huiles et matières grasses	2 à 3 / jour
Aliments sucrés	5 ou moins / semaine
Sodium	1 500 à 2 300 mg / jour

Tableau tiré de De Lemos et Omland, 2018 et de Anderson et al., 2016b.

A. Une consommation : bière = 340 ml (12 oz), vin = 150 ml (5 oz) et spiritueux = 45 ml (1,5 oz) (Duhamel et al., 2016).

B. Les quatre composants de base visent le maintien du poids, peu de gras saturés (< 7 % d'énergie), un cholestérol alimentaire faible (< 200 mg/jour) et un régime alimentaire composé principalement d'aliments d'origine végétale tels que légumes, fruits, grains entiers, légumineuses, noix et graines.

C. La consommation de pois, de haricots et de lentilles est également encouragée en tant que source importante de fibres solubles (lesquelles ont la propriété de diminuer les taux de glucose sanguin et de cholestérol) et de protéines végétales.

Habitudes de vie à promouvoir et interventions infirmières

L'infirmière devrait évaluer les consommations d'alcool du patient afin de déterminer si celles-ci correspondent aux cibles thérapeutiques. Pour les hommes, la consommation de boissons alcoolisées devrait être limitée à deux verres par jour (20 g d'alcool/jour). Pour les femmes, elle devrait être limitée à un verre par jour (10 g d'alcool/jour) (Smith et al., 2011).

Les facteurs de risque cardiométabolique non modifiables

L'âge, le sexe, l'origine ethnique et l'histoire familiale sont des facteurs de risque non modifiables qui peuvent augmenter le risque d'événement coronarien. L'infirmière devrait être attentive à ces facteurs de risque afin de les intégrer dans l'histoire de santé initiale du patient.

Au sujet de l'âge et du sexe, il importe de considérer que les signes de la MCAS n'apparaissent généralement pas avant 40 ans chez l'homme et avant 50 ans chez la femme, et ce, même si l'athérosclérose débute tôt dans la vie (De Lemos et Omland, 2018; Thun, Henley et Apicella, 1999). Avant 65 ans, les hommes ont souvent un risque cardiométabolique plus élevé que les femmes en raison d'un nombre plus élevé de facteurs de risque. Toutefois, le risque cardiométabolique des femmes ménopausées est similaire à celui des hommes; des changements hormonaux chez la femme ménopausée contribuent à l'augmentation des C-LDL et à la diminution des C-HDL (Appelman, van Rijn, ten Haaf, Boersma et Peters, 2015).

En ce qui concerne l'origine ethnique, l'incidence du diabète de type 2 et de l'hypertension artérielle est plus élevée chez les personnes d'origine autochtone, africaine et du sud de l'Asie, ce qui augmente le risque cardiométabolique (Shai et al., 2006).

Enfin, en regard de l'histoire familiale, la survenue d'un événement coronarien chez l'un des parents avant l'âge de 50 ans double le risque de subir un événement coronarien (Chow et al., 2011).

La dyslipidémie et l'obésité abdominale auraient de fortes composantes héréditaires (De Lemos et Omland, 2018). De plus, il est fréquent d'observer une adoption intergénérationnelle de certaines habitudes de vie néfastes (p. ex., la sédentarité) (Benjamin et al., 2017).

Le counseling visant les facteurs de risque cardiométabolique

L'infirmière devrait effectuer un counseling sur les facteurs de risque cardiométabolique modifiables identifiés chez l'individu (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Le counseling peut être réalisé en quelques minutes, au moment opportun, et permet de favoriser l'activité physique, la cessation tabagique et une saine alimentation (Aveyard et al., 2012; Hooper et al., 2012; Jepson, Harris, Platt et Tannahill, 2010). Par le biais du counseling, l'infirmière tente de comprendre comment l'individu se sent et quelles sont les stratégies qu'il prévoit utiliser pour amorcer et maintenir le changement d'une habitude de vie (**Figure 1**).

Lors du counseling, l'infirmière adopte une attitude ouverte et évite une posture distante ou condescendante. Elle peut encourager la présence d'une personne significative auprès du patient. Elle décrit les liens entre les habitudes de vie de l'individu et son état de santé. Elle répète et reformule les paroles de l'individu, reflète les sentiments exprimés au besoin et pose des questions ouvertes. Elle encourage l'expression des croyances, des craintes et des préoccupations de l'individu à changer des habitudes de vie. Elle établit, en collaboration avec l'individu, des objectifs SMART (simples, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis) et un plan d'action concret. L'infirmière encourage le patient à s'autoévaluer dans sa progression (p. ex., à l'aide d'un podomètre) (Jennings et al., 2016).

Figure 1
OUTIL POUVANT ÊTRE UTILISÉ DANS LE CADRE DU COUNSELING

Cibles du counseling	Déroulement du counseling
Conviction : perception des avantages à changer une habitude de vie.	1. Évaluer l'ouverture de la personne au changement par une question ouverte. « Que pensez-vous de l'idée... d'intégrer l'activité physique dans votre vie? De modifier votre alimentation? »
Confiance : sentiment d'avoir la capacité de changer une habitude de vie.	2. Évaluer la conviction de la personne face au changement. « Si vous décidiez de... pratiquer de l'activité physique, quels seraient les avantages pour vous? » 3. Évaluer la confiance de la personne face au changement. « Si vous décidiez de... pratiquer de l'activité physique, croyez-vous que vous pourriez y arriver? »

Source : Bédard 2009; Miller et Rollnick 2013.

Consultation sur les facteurs de risque avec M. Lebel

Sophie, l'infirmière, interroge M. Lebel sur les facteurs de risque qu'il aimerait modifier et sur les habitudes de vie qu'il se sent prêt à adopter dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque. Il indique qu'il aimerait avant tout être plus actif et qu'il se sent prêt à investir l'énergie nécessaire pour y parvenir. M. Lebel et Sophie fixent donc comme objectif de pratiquer, au terme du programme de réadaptation cardiaque, au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée, cinq jours par semaine. Sophie discute ensuite avec M. Lebel des actions à mettre en œuvre pour parvenir à cet objectif. Ils conviennent que celui-ci réalisera une séance d'activité physique quotidienne sur le vélo stationnaire que sa conjointe et lui se sont procuré dernièrement. Sophie propose à M. Lebel d'évaluer avec lui sa progression par rapport à cet objectif lorsqu'il sera rendu à mi-parcours du programme de réadaptation cardiaque. Elle souligne le fait que M. Lebel est motivé à entreprendre des changements favorables pour sa santé.

Le traitement pharmacologique

Le traitement pharmacologique joue un rôle important dans la prévention secondaire afin de réduire le risque de récurrence des personnes chez qui un diagnostic de MCAS a été posé.

Quatre classes de médicaments sont généralement recommandées :

- L'acide acétylsalicylique (AAS), pris quotidiennement, est recommandé pour tous les patients porteurs d'un diagnostic de MCAS (De Lemos et Omland, 2018).
- Les bêta-bloquants permettent de réduire la fréquence cardiaque et donc le besoin en oxygène du cœur, ce qui diminue significativement le risque de mortalité.
- Les inhibiteurs de la HMG-CoA réductase, ou statines, sont considérés comme l'une des classes médicamenteuses de première intention en prévention secondaire, d'une part pour leur action favorable afin de traiter la dyslipidémie et, d'autre part, pour leurs effets bénéfiques multiples sur le plan vasculaire, notamment la réduction de l'inflammation et des propriétés antioxydantes (effet pléiotropique).
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) réduisent la pression artérielle et le remodelage cardiaque (processus complexe de changements morphologiques du cœur), ce qui a des effets préventifs sur la santé cardiovasculaire (De Lemos et Omland, 2018).

L'évaluation et la mobilisation du soutien psychologique et social

Il importe d'évaluer le soutien psychologique et social du patient et de mobiliser celui-ci autour de lui, puisqu'il existe une interrelation entre les facteurs psychologiques, les facteurs sociaux et l'état clinique du patient (p. ex., l'adhésion au traitement). Le type de personnalité, le niveau de scolarité, le revenu et le statut d'emploi sont quelques-uns des facteurs psychosociaux qui devraient être évalués afin d'obtenir un portrait clinique global de la personne et de mobiliser un soutien social adéquat (Jennings et al., 2016).

CONCLUSION

Dans le continuum de la MCAS, le SCA représente un événement clinique majeur ayant des conséquences importantes pour les individus. Il s'agit d'un événement qui déclenche fréquemment une prise de conscience sur la nécessité de modifier les habitudes de vie qui nuisent à la santé cardiometabolique. Dans ce contexte, l'infirmière constitue une ressource importante pour tous les patients qui souhaitent réduire leur risque cardiometabolique, que ce soit par des changements de leurs habitudes alimentaires, l'augmentation de l'activité physique ou la cessation tabagique. L'infirmière occupe un rôle clé afin de soutenir les individus dans l'identification de leurs facteurs de risque et dans la planification et l'exécution des changements des habitudes de vie. •



Rencontre DE SUIVI AVEC M. LEBEL

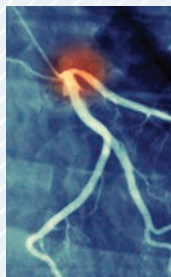
Lors d'une rencontre de suivi, M. Lebel confie à l'infirmière Sophie qu'il n'a pas été en mesure d'atteindre les objectifs qu'il s'était fixés pour la pratique du vélo stationnaire. Il réalise que son travail et ses obligations familiales importantes représentent pour lui des obstacles majeurs à la réalisation d'activités physiques. Sophie accueille les confidences de M. Lebel, le rassure et adopte une attitude exempte de jugement.

Sophie se rappelle que M. Lebel lui avait mentionné, lors de leur première rencontre, qu'il vivait un niveau de stress élevé au quotidien. Elle évalue donc chez M. Lebel d'où proviennent ses sources de stress et lui propose d'organiser une nouvelle rencontre la semaine suivante en compagnie de sa conjointe, afin d'évaluer les moyens qui peuvent être mis en œuvre pour améliorer la situation.



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.



ERRATUM

Syndrôme coronarien aigu, 1^{re} partie : tableau 1

Une erreur s'est glissée dans la présentation du **tableau 1** de l'article sur le syndrome coronarien aigu (première partie), publié à la page 40 du numéro de janvier-février 2018. Les informations concernant les résultats de l'électrocardiogramme de l'infarctus du myocarde STEMI se sont malencontreusement retrouvées aussi sous la colonne des infarctus de type NSTEMI. Le tableau corrigé est disponible dans la version en ligne de l'article sur le site de l'OIIQ.

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.

LES AUTEURS

GUILLAUME FONTAINE
inf., M. Sc., Ph. D. (c.)

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

MARC-ANDRÉ MAHEU-CADOTTE
inf., B. Sc., Ph. D. (c.)

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

TANYA MAILHOT
inf., Ph. D.

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

KIM LAFHAMME
inf., M. Sc., IPSC

Infirmière praticienne spécialisée en cardiologie à l'Institut de cardiologie de Montréal.

PATRICK LAVOIE
inf., Ph. D.

Stagiaire postdoctoral à la William F. Connell School of Nursing du Boston College, aux États-Unis.

SONIA HEPPELL
inf., M. Sc., IPSC

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

RÉFÉRENCES

- American Heart Association. (mai 2017). Classes of heart failure. Repéré à http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.WUQ5ojiaUk
- Anderson, T. J., Gregoire, J., Pearson, G. J., Barry, A. R., Couture, P., Dawes, M., ... Ward, R. (2016a). 2016 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Canadian Journal of Cardiology*, 32(11), 1263-1282. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2016.07.510>
- Anderson, L., Oldridge, N., Thompson, D. S., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N. et Taylor, R. S. (2016b). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 67(1), 1-12. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.10.044>
- Anderson, L., Sharp, G. A., Norton, R. J., Dalal, H., Dean, S. G., Jolly, K., ... Taylor, R. S. (2017). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD007130). Repéré à <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub4>
- Appelman, Y., van Rijn, B. B., ten Haaf, M. E., Boersma, E. et Peters, S. A. E. (2015). Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*, 241(1), 211-218. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027>
- Aveyard, P., Begh, R., Parsons, A. et West, R. (2012). Brief opportunistic smoking cessation interventions: A systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*, 107(6), 1066-1073. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03770.x>
- Bédard, J. (2009). Initier un changement de comportement en 3 minutes : brisez les barrières...! Repéré à http://www.jbedard.com/files/Changement_Comportement_3min_resume_2pages.pdf
- Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., ... Muntner, P. (2017). Heart disease and stroke statistics: 2017 update—A report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), 146-603. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1161/cir.0000000000000485>
- Cannon, C. P., Blazing, M. A., Giugliano, R. P., McCagg, A., White, J. A., Theroux, P., ... Califf, R. M. (2015). Ezetimibe added to statin therapy after acute coronary syndromes. *New England Journal of Medicine*, 372(25), 2387-2397. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1410489>
- Centers for Disease Control and Prevention (US). National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US). Office on Smoking and Health (US). (2010). How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking-attributable disease—A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
- Chow, C. K., Islam, S., Bautista, L., Rumboldt, Z., Yusuf, A., Xie, C., ... Yusuf, S. (2011). Parental history and myocardial infarction risk across the world: The INTERHEART Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(5), 619-627. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2010.07.054>
- Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hebert, P., Fiebach, N. H., Eberlein, K. A., ... Hennekens, C. H. (1990). Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2. Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *The Lancet*, 335(8693), 827-838.
- De Lemos, J. A. et Omland, T. (2018). *Chronic coronary artery disease: A companion to Braunwald's heart disease*. Philadelphia, PA : Elsevier.
- Després, J.-P., Cartier, A., Côté, M. et Arsenault, B. J. (2008). The concept of cardiometabolic risk: Bridging the fields of diabetology and cardiology. *Annals of Medicine*, 40(7), 514-523. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1080/07853890802004959>
- Duhamel, M.-J., Latour, E., Guilbeault, V., Cournoyer, M., Claveau, H., Béliveau, R. et Juneau, M. (2016). Prendre ma santé à cœur. Montréal : Centre EPIC de l'Institut de cardiologie de Montréal.
- Fitchett, D., Zimman, B., Wanner, C., Lachin, J. M., Hantel, S., Salsali, A., ... Inzucchi, S. E. (2016). Heart failure outcomes with empagliflozin in patients with type 2 diabetes at high cardiovascular risk: Results of the EMPA-REG OUTCOME® trial. *European Heart Journal*, 37(19), 1526-1534. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehv728>
- Fontaine, G., Laflamme, K., Lavoie, P., Maheu-Cadotte, M.-A., Mailhot, T. et Heppell, S. (2018). Syndrome coronarien aigu et rôle de l'infirmière dans le continuum de soins – 1re partie : la phase aiguë du SCA. *Perspective infirmière*, 15(1), 38-44.
- Fontaine, G., Laflamme, K., Lavoie, P. et S. Heppell (2017). L'évaluation de l'angine de poitrine – Reconnaître les douleurs d'origine angineuse. *Perspective infirmière*, 14(1), 56-59.
- Ford, E. S., Ajani, U. A., Croft, J. B., Critchley, J. A., Labarthe, D. R., Kottke, T. E., ... Capewell, S. (2007). Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *New England Journal of Medicine*, 356(23), 2388-2398. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMs053935>
- Goldfine, A. B., Phua, E. J. et Abrahamson, M. J. (2014). Glycemic management in patients with coronary artery disease and prediabetes or type 2 diabetes mellitus. *Circulation*, 129(24), 2567-2573. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1161/circulationaha.113.006634>
- Hooper, L., Summerbell, C. D., Thompson, R., Sills, D., Roberts, F. G., Moore, H. J. et Davey Smith, G. (2012). Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(5). CD002137. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002137.pub3>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... Ortiz, E. (2014). 2014 Evidence-Based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507-520. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.284427>
- Jennings, C., I. Graham et Gielen, S. (2016). *The ESC handbook of preventive cardiology*. New York, NY : Oxford University Press.
- Jepson, R. G., Harris, F. M., Platt, S. et Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews. *BMC Public Health*, 10(538), 1-16. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-538>
- Jha, P., Ramasundarahettige, C., Landsman, V., Rostron, B., Thun, M., Anderson, R. N., ... Peto, R. (2013). 21st-Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368(4), 341-350. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa1211128>
- Kamceva, G., Arsova-Sarafinovska, Z., Ruskovska, T., Zdravkovska, M., Kamceva-Panova, L. et Stikova, E. (2016). Cigarette smoking and oxidative stress in patients with coronary artery disease. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4(4), 636-640. Repéré à <https://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2016.117>
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K. et He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The Lancet*, 365(9455), 217-223. Repéré à <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605177411?via%3Dihub>
- Leiter, L. A., Fitchett, D. H., Gilbert, R. E., Gupta, M., Mancini, G. B., ... Ur, E. (2011). Cardiometabolic risk in Canada: A detailed analysis and position paper by the Cardiometabolic Risk Working Group. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(2), e1-e33. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2010.12.054>
- Mann, D. L., Zipes, D. P., Libby, P. et Bonow, R. O. (2015). *Braunwald's heart disease: A textbook of cardiovascular medicine* (10e éd.). Philadelphia, PA : Elsevier Health Sciences.
- Manuel, D. G., Tuna, M., Hennessy, D., Bennett, C., Okhmatovskaia, A., Finès, P., ... Flanagan, W. (2014). Projections of preventable risks for cardiovascular disease in Canada to 2021: A microsimulation modelling approach. *Canadian Medical Association Journal*, 186(2), E94-E101. Repéré à <https://dx.doi.org/10.9778/cmaj.2012.0015>
- McRorie, J. W., Jr. (2015). Evidence-based approach to fiber supplements and clinically meaningful health benefits. Part 1: What to look for and how to recommend an effective fiber therapy. *Nutrition Today*, 50(2), 82-89. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1097/NT.0000000000000082>
- McRorie, J. W., Jr. (2015). Evidence-based approach to fiber supplements and clinically meaningful health benefits. Part 2: What to look for and how to recommend an effective fiber therapy. *Nutrition Today*, 50(2), 90-97. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1097/NT.0000000000000089>
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement* (2^e éd.). Paris, France : InterEditions.
- Oldridge, N. (2012). Exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease: Meta-analysis outcomes revisited. *Future Cardiology*, 8(5), 729-751. Repéré à <https://dx.doi.org/10.2217/fca.12.34>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3^e éd.). Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/le-champ-d-exercice-et-les-activites-reservees-des-infirmieres>
- Pardaens, S., Willems, A. M., Vande Kerckhove, B. et De Sutter, J. (2015). Participation in cardiac rehabilitation after hospitalisation for heart failure: A report from the BIO-HF registry. *Acta Cardiologica*, 70(2), 141-147. Repéré à <https://dx.doi.org/10.2143/AC.70.2.3073504>
- Perk, J., De Backer, G., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, M., ... Wolpert, C. (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European Heart Journal*, 33(13), 1635-1701. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs092>
- Piepoli, M. F., Corra, U., Adamopoulos, S., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Cupples, M., ... Giannuzzi, P. (2014). Secondary prevention in the clinical management of patients with cardiovascular diseases. Core components, standards and outcome measures for referral and delivery—A policy statement from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Endorsed by the Committee for Practice Guidelines of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 21(6), 664-681. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1177/2047487312449597>
- Pipe, A. L., Eisenberg, M. J., Gupta, A., Reid, R. D., Suskin, N. G. et Stone, J. A. (2011). Smoking cessation and the cardiovascular specialist: Canadian Cardiovascular Society position paper. *Canadian Journal of Cardiology*, 27(2), 132-137. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2010.12.060>
- Shai, I., Jiang, R., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Colditz, G. A. et Hu, F. B. (2006). Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women: A 20-year follow-up study. *Diabetes Care*, 29(7), 1585-1590. Repéré à <https://dx.doi.org/10.2337/dc06-0057>
- Smith, S. C., Jr., Benjamin, E. J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B. A., ... Taubert, K. A. (2011). AHA/ACC secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update—A guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(23), 2432-2446. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2011.10.824>
- Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT) Research Group. (2015). A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New England Journal of Medicine*, 373(22), 2103-2116. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1511939>
- Supriya, M., Medina-Inojosa, J. R., Yeung, C., Lopez-Jimenez, F., Squires, R. W., Pérez-Terzic, C. M., ... Thomas, R. J. (2017). Cardiac rehabilitation for women: A systematic review of barriers and solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(4), 565-577. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.01.002>
- Thun, M., Henley, J. et Apicella, L. (1999). Epidemiologic studies of fatal and nonfatal cardiovascular disease and ETS exposure from spousal smoking. *Environmental Health Perspectives*, 107(Suppl. 6), 841-846.
- Turin, T. C., Okamura, T., Rumana, N., Afzal, A. R., Watanabe, M., Higashiyama, A., ... Miyamoto, Y. (2017). Diabetes and lifetime risk of coronary heart disease. *Primary Care Diabetes*, 11(5), 461-466. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.04.007>
- Warburton, D. E. R., Nicol, C. W. et Bredin, S. S. D. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. Repéré à <https://dx.doi.org/10.1503/cmaj.051351>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Jr., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... Wright, J. T., Jr. (2017). 2017 ACC/AHA/AAP/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults—A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 70(6). Repéré à <https://dx.doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>

JOIGNEZ UNE GRANDE ÉQUIPE!

Personnel **INFIRMIER** recherché

PLUSIEURS POSTES À COMBLER
RÉGIONS DE MONTRÉAL ET DE QUÉBEC

- Infirmiers
- Agents – collecte de dons de sang

- Aucun quart de nuit
- Uniforme fourni
- Montant alloué pour les repas

Pour plus d'information et pour postuler : www.hema-quebec.qc.ca, section *Carrières* >>>



Création de votre profil



Recherche d'emploi à partir de critères spécifiques



Suivi de statut de votre candidature



Gestion de vos CV et lettres de présentation sur le portail



Alertes emploi

globule
CENTRE DES DONNEURS DE SANG


HÉMA-QUÉBEC

La pilule miracle pour maigrir existe-t-elle?

Deux médicaments visant à soutenir la perte pondérale sont approuvés au Canada : l'orlistat (Xenical^{MD}) et le liraglutide (Saxenda^{MD}). Cet article propose un tour d'horizon des indications, des effets indésirables et des mises en garde de ces deux molécules pharmacologiques indiquées dans le traitement de l'obésité.

par MARIE-ÈVE LEBLANC, inf., M. Sc., JACINTHE LECLERC, inf., Ph. D.*, JESSICA VIRGILI, Pharm. D., SHANOOR SALIME NAZARLY, B. Pharm., et MARIE-EVE PICHÉ, MD, Ph. D.

L'obésité se caractérise par une accumulation excessive de graisse corporelle qui présente un risque pour la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mesure l'obésité selon l'indice de masse corporelle (IMC), qui correspond au poids en kilogramme (kg) divisé par la grandeur en mètre carré (m²). Il y a obésité quand l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m² (OMS, 2017). La prévalence de l'obésité tend à augmenter depuis 30 ans. À l'échelle mondiale, on comptait 650 millions d'adultes obèses en 2016 (NCD Risk Factor Collaboration [NCD-RisC]). Au Canada, la prévalence de l'obésité a triplé entre 1985 et 2011, passant de 6 % à 18 % (Twells, Gregory, Reddigan et Midodzi, 2014).

CAUSES ET CONSÉQUENCES DE L'OBÉSITÉ

L'obésité est une condition multifactorielle qui résulte de l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux entraînant un déséquilibre chronique entre l'apport et la dépense énergétiques. Elle est associée à un taux de mortalité accru et constitue un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires, de diabète de type 2 et d'autres maladies chroniques. Une perte de poids modeste correspondant à 5 % du poids corporel serait suffisante pour observer des bénéfices sur la santé (Brauer et al., 2015).

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

L'approche initiale consiste à offrir aux personnes obèses des programmes interdisciplinaires structurés de modification des habitudes de vie, incluant la réduction de l'apport calorique de 500 à 1 000 kcal par jour, la pratique d'une activité physique modérée (150 minutes par semaine) et une thérapie cognitivo-comportementale (Brauer et al., 2015). On recommande d'ajouter un traitement pharmacologique en vue d'aider à réduire les complications associées à l'obésité chez certains adultes ne parvenant pas à obtenir ou à maintenir une perte de poids significative sur le plan clinique en modifiant leurs habitudes de vie (Brauer et al., 2015).

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Au Canada, deux médicaments sont approuvés par Santé Canada pour soutenir la perte pondérale : l'orlistat (Xenical^{MD}) (Hoffmann-La Roche, 2015) et le liraglutide (Saxenda^{MD}) (Novo Nordisk Canada, 2017). Les indications, posologies, effets indésirables, interactions médicamenteuses et mises en garde de l'orlistat et du liraglutide sont résumés au **Tableau 1**.

Orlistat

L'orlistat, homologué en 1999, est un inhibiteur des lipases gastro-intestinales qui, pris pendant les repas, réduit jusqu'à 30 % de l'absorption des gras alimentaires. (Drolet, Simard et Poirier, 2007; Poirier, 2011). Si l'on joint à la médication une diète hypocalorique équilibrée en nutriments, l'inhibition de l'absorption des gras alimentaires permet un déficit calorique supplémentaire de 200 calories par jour (Guercioli, 1997). Utilisé parallèlement en combinaison avec des modifications aux habitudes de vie, l'orlistat permet une perte pondérale additionnelle d'environ 3 kg après un an d'utilisation. L'orlistat a également des effets bénéfiques sur la pression artérielle, le bilan lipidique, la glycémie et l'insulinémie à jeun (Leblanc, O'Connor, Whitlock, Patnode et Kapka, 2011; Li et al., 2005; Osei-Assibey, Adi, Kyrou, Kumar et Matyka, 2011).

Liraglutide

Le liraglutide, déjà commercialisé au Canada pour le traitement du diabète de type 2 sous le nom de Victoza^{MD}, a été homologué en 2015 sous le nom de Saxenda^{MD} comme traitement anti-obésité. Il est indiqué en tant que traitement d'appoint à un régime réduit en calories et à une augmentation de l'activité physique pour la gestion du poids à long terme. Il fait partie de la classe des analogues du GLP-1 (glucagon like peptide-1) humain. Le GLP-1 est une hormone peptidique sécrétée naturellement par la muqueuse intestinale qui



Tableau 1 TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DE L'OBÉSITÉ AU CANADA*, **

NOM GÉNÉRIQUE (NOM COMMERCIAL)	Orlistat (Xenical ^{MD})	Liraglutide (Saxenda ^{MD})
VOIE D'ADMINISTRATION	Voie orale (<i>per os</i>)	Voie sous-cutanée
INDICATION	Adultes avec IMC ≥ 30 kg/m ² ou ≥ 27 kg/m ² avec facteurs de risque (diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie ou excès de graisse abdominale)	Adultes avec IMC ≥ 30 kg/m ² ou ≥ 27 kg/m ² avec facteurs de risque (diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie)
POSOLOGIE	Une capsule (120 mg) trois fois par jour, aux repas La dose peut être omise si un repas est manqué ou si un repas sans gras est consommé	3 mg une fois par jour, peu importe l'heure des repas Pour une meilleure tolérance aux effets secondaires connus, le traitement peut être initié à faible dose et ajusté graduellement, par intervalles de 7 jours, jusqu'à la dose cible (ou selon tolérance)
EFFETS INDÉSIRABLES POSSIBLES (FRÉQUENTS)	Symptômes gastro-intestinaux : stéatorrhée, diarrhée, flatulence, incontinence fécale, diminution de l'absorption des vitamines liposolubles	Nausée, vomissement, diarrhée, constipation, dyspepsie, perte d'appétit, hypoglycémie (surtout si diabète de type 2 traité avec sulfonurée ou insuline)
INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	Peut diminuer l'absorption de certains médicaments dont la cyclosporine, la lévothyroxine, la warfarine et l'amiodarone	Considérant la vidange gastrique diminuée, l'absorption des médicaments oraux peut être modifiée
MISE EN GARDE	Patients avec trouble de malabsorption chronique, cholestase, problèmes rénaux, risque d'hypoglycémie chez le patient diabétique	Éviter l'administration chez les femmes enceintes, les patients ayant des antécédents personnels/familiaux de carcinome médullaire de la thyroïde et ceux atteints du syndrome de néoplasie endocrinienne multiple de type 2 Prudence chez les patients de plus de 65 ans, les patients avec antécédents de pancréatite et ceux avec tachycardie/arythmie (l'expérience est limitée auprès de cette population)

IMC : indice de masse corporelle

Traduction et adaptation : Guercioli, 1997; Nuffer et al, 2015.

* Monographies de : Xenical^{MD} (Hoffmann-La Roche Limitée, 2015), Saxenda^{MD} (Novo Nordisk Canada Inc., 2017).

** Note sur le remboursement par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) : Orlistat : non remboursé; liraglutide (Saxenda^{MD}) : non remboursé pour le moment. Le liraglutide est également commercialisé au Canada sous le nom Victoza^{MD} pour le traitement du diabète et remboursé au Québec. Les doses utilisées pour cette indication sont plus faibles (Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017).

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec, 2017.

produit un effet incrétine, c'est-à-dire qu'elle optimise la sécrétion d'insuline des cellules pancréatiques en réponse à l'élévation du glucose sanguin (Drolet et al., 2007). Le GLP-1 agit aussi en inhibant la sécrétion du glucagon et en prolongeant la vidange gastrique, des effets qui sont diminués en présence de diabète de type 2 (Efendic et Portwood, 2004). Dans l'étude SCALE, 51 % des sujets ont perdu plus de 10 % de leur poids corporel initial après 16 semaines consécutives de traitement, incluant 3 mg de liraglutide une fois par jour et une modification des habitudes de vie. Dans le groupe placebo, seulement 22 % des sujets avaient obtenu un tel résultat (Wadden et al., 2013).

Autres options

Outre l'orlistat et le liraglutide, il existe d'autres traitements pharmacologiques de l'obésité. Bien qu'ils soient commercialisés aux États-Unis, ils ne sont pas disponibles au Canada actuellement. La lorcaserine (Food and Drug Administration, 2017c), la combinaison phentermine/topiramate (Food and Drug Administration, 2017b) et la combinaison naltrexone/bupropion (Food and Drug Administration, 2017a) agissent au niveau du système nerveux central pour atténuer la sensation de faim, ce qui entraîne ainsi une réduction de l'apport calorique et un déficit énergétique.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

Au sein d'une équipe interdisciplinaire composée notamment d'un médecin, d'une nutritionniste, d'un kinésologue, d'un travailleur social et d'un psychologue, l'infirmière joue un rôle essentiel auprès du patient obèse afin de l'accompagner dans la prise en charge d'effectuer la surveillance clinique appropriée de santé. Elle devrait notamment s'assurer de l'évolution sécuritaire de l'état du patient lors de la prise de la médication, en surveillant plus particulièrement sa tolérance et les effets indésirables qui peuvent l'incommoder. La mesure des paramètres anthropométriques, dont le poids et le tour de taille, sont à préconiser au cours des consultations de suivi.

CONCLUSION

Alors, la pilule miracle pour maigrir existe-t-elle? La réponse est non. En revanche, l'usage approprié de médicaments favorisant la perte de poids, en association avec l'adoption de saines habitudes de vie, semble constituer une approche privilégiée pour initier le traitement de l'obésité. ●

LES AUTEURS

MARIE-ÈVE LEBLANC
Inf., M. Sc.

JACINTHE LECLERC
Inf., Ph. D.

JESSICA VIRGILI
Pharm. D.

SHANOOR SALIME
NAZARLY
B. Pharm.

MARIE-EVE PICHE
MD, Ph. D.

Infirmière au CIUSSS-MCQ de Trois-Rivières, secteur de l'urgence. Étudie au doctorat en sciences pharmaceutiques à l'Université Laval (UL).

Infirmière, stagiaire postdoctorale en pharmacopépidémiologie/pharmacoeconomie à l'Université McGill et professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec à Trois-Rivières. *Déclaration de conflits d'intérêts potentiels : a reçu des bourses de recherche sans restriction de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque (alliance BMS-Pfizer : 2016-2017) et du Réseau québécois de recherche sur les médicaments conjointement avec la compagnie Abbvie (2015-2016).

Pharmacienne. Étudiante au doctorat en sciences pharmaceutiques à l'UL, elle mène ses travaux de recherche à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ).

Pharmacien. Étudiant à la maîtrise en sciences pharmaceutiques à l'UL, il effectue de la recherche clinique à l'IUCPQ.

Cardiologue. Clinicienne-chercheuse et stagiaire postdoctorale à l'Université d'Oxford en Angleterre.

RÉFÉRENCES

- IBrauer, P., Gorb, S.C., Shaw, E. Singh, H., Bell, N., Shane, A.R.E. . . . Canadian Task Force on Preventive Health Care (2015). Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 187(3), 184-195. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140887>
- Drolet, B., C. Simard et Poirier, P. (2007). Impact of weight-loss medications on the cardiovascular system: Focus on current and future anti-obesity drugs. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 7(4), 273-288.
- Efendic, S. et Portwood, N. (2004). Overview of incretin hormones. *Hormone and Metabolic Research*, 36(11-12), 742-746. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1055/s-2004-826157>
- Food and Drug Administration. (2017a). Contrave (naltrexone/bupropion). Repéré à https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2014/200063s000lbl.pdf
- Food and Drug Administration. (2017b). Qsymia (phentermine/topiramate). Repéré à https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2012/022580s000lbl.pdf
- Food and Drug Administration. (2017c). FDA approved drug products—Belviq (lorcaserin hydrochloride). Repéré à <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm?event=overview.process&varAppNo=022529>
- Guercioli, R. (1997). Mode of action of orlistat. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 21(Suppl. 3), S12-S23.
- Hoffmann-La Roche Limitée. (2015). Monographie de produit: XENICAL® orlistat. Repéré à http://www.rochecanada.com/content/dam/roche_canada/fr_CA/documents/Research/ClinicalTrialsForms/Products/ConsumerInformation/MonographsandPublicAdvisories/Xenical/Xenical_PM_F.pdf
- Leblanc, E. S., O'Connor, E., Whitlock, E. P., Patnode, C. D. et Kapka, T. (2011). Effectiveness of primary care-relevant treatments for obesity in adults: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 155(7), 434-447. Repéré à <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-155-7-201110040-00006>

- Li, Z., Maglione, M., Tu, W., Mojica, W., Arterburn, D., Shugarman, L. R., . . . Morton, S. C. (2005). Meta-analysis: Pharmacologic treatment of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), 532-546.
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*, 387(10026), 1377-1396. Repéré à [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30054-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30054-x)
- Novo Nordisk Canada Inc. (2017). Monographie de produit. SAXENDA® liraglutide. Repéré à http://caf.novonordisk.ca/content/dam/Canada/AFFILIATE/caf-novonordisk-ca/OurProducts/documents/Saxenda_PM_French.pdf
- Nuffer, W. A. et Trujillo, J. M. (2015). Liraglutide: A new option for the treatment of obesity. *Pharmacotherapy*, 35(10), 926-934. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1002/phar.1639>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). Obésité et surpoids. Aide-Mémoire n° 311. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/>
- Osei-Assibey, G., Adi, Y., Kyrou, I., Kumar, S. et Matyka, K. (2011). Pharmacotherapy for overweight/obesity in ethnic minorities and White Caucasians: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 13(5), 385-393. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1463-1326.2010.01346.x>
- Poirier, P. (2011). Weight loss drugs and cardiovascular risks. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 5, 138-144. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1007/s12170-010-0148-y>
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2017). Liste des médicaments. Repéré à <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/regie/publications-legales/Pages/liste-medicaments.aspx>
- Twells, L. K., Gregory, D. M., Reddigan, J. et Midodzi, W. K. (2014). Current and predicted prevalence of obesity in Canada: A trend analysis. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 2(1), E18-E26. Repéré à <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20130016>
- Wadden, T. A., Hollander, P., Klein, S., Niswender, K., Woo, V., Hale, P. M., . . . Aronne, L. au nom de NN8022-1923 Investigators. (2013). Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: The SCALE Maintenance randomized study. *International Journal of Obesity*, 37(11), 1443-1451. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2013.120>



Les CHSLD de Vigis 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, Vigis 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, Vigis 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

2 MAI
**SOIRÉE
FLORENCE**
2018

Suivez le parcours de 8 infirmières et infirmiers qui ont tracé leur voie autour des plus inspirants projets.

tracé

sa

voie



Le **2 mai** prochain, faites un détour par le Marché Bonsecours et célébrez avec nous les lauréats des prix Florence. Un événement-bénéfice riche en inspirations et surprises.



ÉVÉNEMENT-BÉNÉFICE

Musicalement animé par
Marie-Ève Janvier et
Jean-François Breau.

20% de rabais
jusqu'au 9 avril

Réservations : 514 935-2501, poste 232
oiiq.org/soiree-florence

Organisée par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Présentée par



TD Assurance

Au profit de



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

CERCLE DES LEADERS DE LA SANTÉ 2017

Le Cercle des leaders de la santé regroupe des gens qui ont fait un don de 250 \$ ou plus au courant de l'année 2017 afin de soutenir l'avancement de la profession infirmière et des soins de santé au Québec.

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

Pour en savoir plus : fondationoiiq.org/leaders

Merci aux donateurs pour votre générosité!

Marie-France Adam	Marie-Josée Henry	Louis Painchaud
Philippe Asselin	Lucille Juneau	Pierre Parent
Banque Nationale	La Capitale Assurances générales Inc.	Jeannine Pelland
BDO Canada	Marthe Lacroix	Carolyn Pepler
Denise Beaulieu	Michèle Laframboise	Gérald Perron
Louise Bélanger	Johanne Lapointe	Nadège Pierre
Jean-Jacques Bérubé	Annick Leboeuf	Protelcom Inc.
Marie Boucher	Hélène Lefebvre	Religieuses Hospitalières de Saint-Joseph
Denise Brosseau	Chantal Lehoux	Yolaine Rioux
C Tandem Inc.	Bertrand Lortie	Odette Roy
CARTIER	Martine Mayrand Leclerc	Rubanco BuroPlus
CIM – Conseil	Anne Ménard	Rosalia Sanzone
José Côté	Carole Mercier	Diane Saulnier
CPS Média	Diane Morin	Diane Sicard Guindon
Danielle D'Amour	Guylaine Morin	Sylvain Simard
Louis Delage	Negotium Technologies inc.	TD Assurance Meloche Monnex
Gyslaine Desrosiers	Paul Noreau	Vincent Thibeault-Côté
Dialog Insight	Normandin Beaudry	Lyne Tremblay
Mario Dion	Octopus-ITSM.com	Lucie Tremblay
Odette Doyon	Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Outaouais	Ursulines de Trois-Rivières
Francine Ducharme	Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière	Gérald-Henri Vuillien
Ethikos	Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie	Dons individuels anonymes (30)
Pierre Hamel		Dons d'entreprises anonymes (27)
Sylvain Faust		
Jean Gauvin		

GRANDS PARTENAIRES



Benzodiazépines et risque accru de pneumonie chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

par GUY SABOURIN

L'administration de benzodiazépines aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer serait associée à un risque accru de pneumonie chez ces patients, suggère une étude menée par des chercheurs finlandais et publiée dans le *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ, 2017). La maladie d'Alzheimer est la forme la plus répandue de démence.

L'incidence de la pneumonie augmente avec l'âge, rappellent les chercheurs. Non seulement est-elle fréquente chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, mais aussi elle constitue l'une des principales causes de leur admission à l'hôpital.

Par ailleurs, on sait que les benzodiazépines, ainsi que d'autres médicaments aux effets semblables (identifiés dans l'étude par l'expression z-médicaments), sont encore utilisés dans la prise en charge des symptômes neuropsychiatriques en lien avec la démence. Bon nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer se voient prescrire ces médicaments pour une période prolongée, et ce, bien que les lignes directrices recommandent plutôt leur utilisation strictement pour de courtes périodes.

Les chercheurs pensent que l'effet sédatif des benzodiazépines peut accroître le risque de pneumonie en augmentant l'aspiration de salive ou d'aliments dans les poumons. Ces médicaments sont également à l'origine d'hypoventilation, d'une réduction de la pression dans le sphincter œsophagien inférieur et d'une suppression des fonctions immunitaires, facteurs pouvant aussi contribuer à l'accentuation du risque de pneumonie. Leurs résultats corroborent d'autres études démontrant un risque accru de pneumonie chez les patients de tous les âges prenant des benzodiazépines.

Pour déterminer le lien entre les benzodiazépines et la pneumonie, les chercheurs ont analysé les données d'un registre national où figurent 49 484 adultes ayant reçu un diagnostic de maladie d'Alzheimer entre 2005 et 2011 en Finlande. L'âge moyen des participants était de 80 ans et près des deux tiers étaient des femmes. Ils ont comparé 5 232 patients recevant une benzodiazépine et 3 269 patients prenant un z-médicament avec d'autres patients ne prenant ni l'un ni l'autre.

Ils ont découvert que les benzodiazépines accroissent de 30 % le risque de pneumonie chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Ce risque, précisent-ils, est particulièrement élevé lorsque le traitement est débuté, soit durant les 30 premiers jours.

Même si l'association entre les « z-médicaments » et la pneumonie n'était pas statistiquement significative, les auteurs n'en ont pas conclu pour autant que ces médicaments étaient plus sécuritaires que les benzodiazépines chez les personnes atteintes de démence. Selon eux, ces médicaments devront faire l'objet d'une étude séparée avant qu'ils puissent parvenir à cette conclusion.

Dans un commentaire portant sur cette étude publiée dans le même numéro du CMAJ, la D^{re} Paula Rochon, du Women's College Research Institute de Toronto, et ses cosignataires rappellent aux cliniciens, avant toute chose, « de ne pas nuire » quand ils prescrivent des benzodiazépines ou d'autres médicaments aux effets semblables aux femmes et aux hommes âgés atteints de démence (Rochon, Vozoris et Gill, 2017). Il ne faut pas oublier, insistent-ils, que les benzodiazépines peuvent aussi occasionner des chutes et aggraver les fonctions cognitives, entre autres effets indésirables.

Ils ajoutent que les approches non pharmacologiques devraient constituer la première ligne de soins dans la gestion des symptômes neuropsychiatriques de cette population, ce qui limiterait l'usage inapproprié de ces médicaments. ●

Les benzodiazépines accroissent de 30 % le risque de pneumonie chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

RÉFÉRENCES

Rochon, P. A., Vozoris, N. et Gill, S. S. (2017). The harms of benzodiazepines for patients with dementia. *Canadian Medical Association Journal*, 189(14), e517-e518. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.170193>
 Taipale, H., Tolppanen, A. M., Koponen, M., Tanskanen, A., Lavikainen, P., Sund, R., ... Hartikainen, S. (2017). Risk of pneumonia associated with incident benzodiazepine use among community-dwelling adults with Alzheimer disease. *Canadian Medical Association Journal*, 189(14), e519-e529. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.160126>

Nous embauchons
Des infirmiers(ères)
Praticiens(nes)(PL) / Cliniciens(nes)

We're hiring
Nurse Practitioners / Nurse Clinicians

Pour communiquer avec nous / You can reach us at
sonia@dialogue.co

 dialogue

prix HIPPOCRATE 2018

APPEL DE CANDIDATURES

Le Prix Hippocrate est attribué à une équipe de professionnels de la santé du Québec en hommage à leurs activités interdisciplinaires dans le domaine de la santé, dont bénéficient leurs patients.

Les candidatures seront examinées par un jury formé de représentants du Collège des médecins du Québec, de l'Ordre des pharmaciens du Québec, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

Remise du prix Hippocrate

13 septembre 2018
Hôtel Ritz Carlton de Montréal
(à l'occasion d'un dîner-gala).



CRITÈRES DE SÉLECTION

- Projet innovateur
- Pertinence et importance
- Importance de l'interdisciplinarité
- Données probantes de support
- Résultats intéressants
- Diffusion/publication des résultats
- Qualité de la présentation
- Intervention sur le terrain

Soumettez votre candidature avant le 6 mai 2018 à jpmarsan@sympatico.ca ou rlca@qc.aira.com.

Rédigez votre soumission sur un maximum de quatre pages en précisant les points suivants :

- Titre et description du projet
- Chef de l'équipe
- Bénéfices pour les patients
- Noms des professionnels impliqués, adresse et numéro de téléphone

8^e édition présentée par :

LE PATIENT
LE SEUL MAGAZINE DE TOUS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Version générique du Diclectin : sécuritaire, confirme Santé Canada

Santé Canada a récemment approuvé une version générique du Diclectin, médicament indiqué au Canada dans le traitement des nausées et des vomissements durant la grossesse après l'échec d'autres mesures comme la modification de l'alimentation et du mode de vie. La version générique a toutefois soulevé l'inquiétude de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en raison de la présence de mannitol, un édulcorant artificiel, parmi les ingrédients non médicinaux.

par **CAROLINE BARIL**

Le Diclectin est une combinaison de deux molécules : la doxylamine, un antihistaminique, et la pyridoxine, une forme de vitamine B6. Il peut être prescrit par les infirmières détenant une attestation de prescription dans le domaine des problèmes de santé courants.

La SOGC a fait parvenir une lettre à Santé Canada en septembre 2017 dans laquelle elle mettait en doute la sécurité de la nouvelle version générique, en insistant sur le fait que la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis considère la grossesse comme une contre-indication à l'utilisation du mannitol.

Dès octobre 2017, en réponse aux inquiétudes de la SOGC, Santé Canada publiait un avis de sécurité indiquant que, selon son évaluation des données, « la consommation de petites quantités de substituts du sucre, y compris de mannitol, pendant la grossesse ne présente aucun risque pour la santé » (Santé Canada, 2017).

Santé Canada y rappelle que le mannitol est fréquemment utilisé comme ingrédient non médicamenteux dans des médicaments pour en faciliter la fabrication. Il se retrouve dans de nombreux produits souvent utilisés et consommés par les femmes enceintes, comme les suppléments d'acide folique et les vitamines. Ajoutons qu'il est naturellement présent dans nombre d'aliments.

« La consommation de petites quantités de substituts du sucre, y compris de mannitol, pendant la grossesse ne présente aucun risque pour la santé. » (SANTÉ CANADA, 2017)

La quantité de mannitol utilisée comme ingrédient non médicamenteux dans des médicaments est habituellement de moins de 0,25 gramme, indique Santé Canada. Le chou-fleur et les champignons, par exemple, en contiennent environ 2,6 grammes pour 100 grammes.

En janvier 2018, la SOGC a publié sur son site Internet une déclaration par laquelle elle se dit rassurée « qu'aucun risque pour la sécurité » ne soit ressorti des analyses de Santé Canada.

En conséquence, elle n'a pas apporté de changement à ses recommandations sur la prise en charge de la nausée et des vomissements durant la grossesse : la pyridoxine en monothérapie ou la combinaison de doxylamine et de pyridoxine sont recommandées en première intention en raison de leur efficacité et de leur sécurité (Campbell, Rowe, Azzam et Lane, 2016).

RÉFÉRENCES

Campbell, K., Rowe, H., Azzam, H. et Lane C. A. (2016). Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse. *Journal d'Obstétrique et Gynécologie du Canada*, 38(12), 1127-1137. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.11.003>

Duchesnay Inc. (2017). Monographie de produit. Diclectin®. Repéré à https://www.duchesnay.com/files/pdf/diclectin_monographie.pdf

Leclerc, J., Sanctuaire, A., Boivin-Cyr, A.-A. et Cloutier, K. (2017). Nouvelles recommandations pour la prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse. *Perspective infirmière*, 14(4), 36-41. Repéré à <http://www2.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no04/11-developpement-continu-aca-1.pdf>

Santé Canada. (13 oct. 2017). Mise à jour. Utilisation de mannitol comme ingrédient non médicamenteux dans des médicaments pour femmes enceintes. Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2017/64824a-fra.php>

RAPPEL DE LA POSOLOGIE

La femme enceinte peut prendre deux comprimés à action retardée de doxylamine-pyridoxine au coucher afin de contrôler les nausées et vomissements qui surviennent le matin. Il est possible d'ajouter un comprimé le matin et un autre l'après-midi pour contrôler les symptômes qui surviennent toute la journée. L'horaire d'administration peut être individualisé selon l'heure, la durée, la gravité et la fréquence des symptômes ressentis par la patiente. Le médicament produit un effet optimal lorsqu'il est pris quatre à six heures avant la manifestation anticipée des symptômes. Enfin, comme ce médicament produit une action retardée, il ne devrait pas être prescrit avec la mention au besoin (p.r.n.). Il devrait en revanche être pris chaque jour pour obtenir un effet optimal (Duchesnay, 2017). ●



AQIO

SÉMINAIRE ANNUEL
DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES INFIRMIÈRES EN CANCÉROLOGIE

VENDREDI 20 AVRIL 2018
MONTRÉAL

Informations:
fourwav.es/aqio2018

Ouvert à tous

LA SCIENCE INFIRMIÈRE EN CANCÉROLOGIE:
un chemin à fréquenter

CANCER DE L'OROPHARYNX

Plus de cas attribuables au VPH qu'au tabac

Une étude canadienne publiée dans le *Canadian Medical Association Journal* (CMAJ) affirme que la majorité des cancers de l'oropharynx sont liés au virus du papillome humain (VPH) (Steven Habbous et al., 2017). Signe des temps, cette conclusion relègue le tabagisme et la consommation abusive d'alcool aux deuxième et troisième rangs des principaux facteurs de risque de ce cancer.

par **LYSE SAVARD**

Au cours des deux dernières décennies, l'incidence des cancers de la bouche et de la gorge a beaucoup augmenté au Canada. Des chercheurs ont voulu évaluer dans quelle proportion ces cancers étaient attribuables au VPH. Ils ont étudié les cas de 3 643 patients âgés de plus de 18 ans (dont 85 % étaient des hommes) ayant reçu un diagnostic de cancer de l'oropharynx entre 2000 et 2012. En recherchant entre autres l'expression de la protéine p16 (biomarqueur d'une infection au VPH à haut risque de cancer) par immunohistochimie, ils ont démontré que cette proportion est passée de 47,3 % en 2000 à 73,7 % en 2012.

L'infection virale serait responsable de 75 % des cancers de la bouche et de la gorge.

Les données cliniques et socio-démographiques de ces patients provenaient de centres canadiens spécialisés en cancérologie : le Princess Margaret Cancer Centre (Toronto), le British Columbia Cancer Agency qui rassemble six centres,

le Tom Baker Cancer Centre (Calgary), le Cross Cancer Institute (Edmonton) et le Nova Scotia Cancer Centre.

Il existe plus d'une centaine de souches du VPH. Une quarantaine d'entre elles sont transmissibles lors de relations sexuelles. Près de 75 % des hommes et des femmes actifs sexuellement sont infectés par le VPH au moins une fois dans leur vie. L'infection peut causer des lésions bénignes ou cancéreuses mais dans la plupart des cas, elle est asymptomatique et disparaît après quelques années.

Selon la Société canadienne du cancer, les cancers de l'oropharynx positifs au VPH affectent surtout des hommes non-fumeurs âgés de 30 à 50 ans. Ceux qui sont négatifs au VPH se manifestent plus souvent chez des personnes fumeuses âgées de 50 à 70 ans (Société canadienne du cancer). « La plupart des cancers oropharyngés liés au VPH sont causés par des pratiques sexuelles buccogénitales », précise la Dr^e Shao Hui Huang, co-auteure de l'étude.

En fait, le risque de développer un cancer lié au VPH sera de faible à élevé selon le type de VPH. Par exemple, les VPH de types 6 et 11 sont à faible risque. Ils sont responsables de 90 % des verrues génitales. Les VPH 16 et 18 sont les types à risque élevé les plus répandus. Ils sont responsables de 70 % des cancers du col de l'utérus et de la plupart des cancers de la gorge et de la bouche. Le VPH est également lié aux cancers de l'anus, du vagin, de la vulve et du pénis.

IMPACTS DE CETTE ÉTUDE

En démontrant l'augmentation du nombre de cancers oropharyngés dus au papillomavirus humain, les chercheurs souhaitent contribuer à normaliser la détection du VPH pour mieux traiter la maladie. Dans certains centres canadiens, toutes les tumeurs au pharynx sont systématiquement analysées pour savoir si elles sont liées au VPH. Cette pratique diffère toutefois d'un établissement à l'autre au pays.

Les chercheurs croient que le cancer oropharyngé VPH-positif devrait être considéré comme une forme distincte de cancer de la tête et du cou. Ils font valoir que les patients atteints de cette forme de cancer ont un meilleur pronostic que ceux atteints d'un cancer oropharyngé VPH-négatif. Et puisque la forme VPH-positif répond mieux au traitement, ils suggèrent la possibilité d'utiliser une thérapie moins puissante pour la traiter. Ainsi, pour le patient, cela signifierait moins d'effets indésirables sans toutefois nuire aux résultats attendus.

Dans leur conclusion, les auteurs émettent le souhait que l'incidence des cancers oropharyngés liés au VPH soit évaluée avec plus de précision au Canada, afin que les futures politiques de santé publique en tiennent compte. Ils anticipent aussi que la vaccination contre le VPH administrée notamment aux filles et aux garçons avant leur première relation sexuelle contribuera à réduire l'incidence de cette forme de cancer dans les prochaines années. ●

RÉFÉRENCES

Habbous, S., Chu, K. P., Lau, H., Schorr, M., Belayneh, M., Ha, M. N., ... Liu, G. (2017). Human papillomavirus in oropharyngeal cancer in Canada: Analysis of 5 comprehensive cancer centres using multiple imputation. *Canadian Medical Association Journal*, 189(32), E1030-E1040. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.161379>

Société canadienne du cancer (s.d.). Cancer de l'oropharynx. Repéré à <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/oropharyngeal/oropharyngeal-cancer/cancerous-tumours/?region=qc>



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

Formation professionnelle en soins podologiques

Reconnue par l'AIISQ et accréditée par la Société de formation et d'éducation continue

Formation de 160 heures

Offerte exclusivement aux membres de l'OIIQ

Programme intensif

Du lundi 19 novembre au vendredi 14 décembre 2018, de 8 h à 17 h

Programme régulier

Les vendredis et cinq fins de semaine, du 15 septembre au 23 novembre 2018, de 8 h à 17 h

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



16 UEC

PAVILLON BÉLANGER
767, rue Bélanger, Montréal
 Jean-Talon



Chronique financière:

3 ASTUCES POUR MAXIMISER SES REVENUS ET PROFITER D'UNE RETRAITE PLUS CONFORTABLE

Vous planifiez votre retraite et cherchez la meilleure façon de financer cette étape de votre vie? Vous serez heureux d'apprendre que certaines stratégies fiscales et administratives permettent de maximiser vos revenus de senior, sans affecter votre qualité de vie.

1 - Planifier le décaissement de vos REER

Le Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) constitue l'un des meilleurs véhicules fiscaux sur le marché. Il est donc intéressant d'y laisser fructifier son argent le plus longtemps possible, à l'abri de l'impôt, et de n'entamer son décaissement qu'en dernier recours, une fois les placements imposables et les CELI épuisés. Seule contrainte: la loi oblige à convertir un REER en Fonds enregistré épargne-retraite (FERR) à 71 ans maximum et de commencer à retirer cet argent à partir de l'année suivante.

Les retraits du FEER s'ajoutent au calcul du revenu imposable de son propriétaire. « De grosses ponctions peuvent considérablement impacter le montant des impôts à payer ou l'accès à certaines prestations sociales, prévient David Truong, conseiller au Centre d'Expertise de la Banque Nationale Gestion Privée 1859.

Pour éviter cela, il faut mettre en place une stratégie de fractionnement ou de décaissement progressif du FEER qui impactera le moins possible la déclaration fiscale. » Par exemple, une personne célibataire admissible au Supplément de revenu garanti (SRG) a tout intérêt à ne pas effectuer de gros retraits FERR qui augmenteraient son revenu annuel à plus de 17 000 \$, au risque de perdre cette prestation.

La planification optimale d'un décaissement REER/FERR peut même avancer l'âge auquel son propriétaire pourra prendre sa retraite.

« À 49 ans, ma femme a souhaité reprendre ses études et j'ai accepté d'assumer seul les revenus de notre foyer, explique Michel, 51 ans et ingénieur en efficacité énergétique. Nous avons consulté un planificateur financier pour évaluer l'impact de ce changement sur nos retraites. Il nous a présenté des véhicules financiers dont on ne soupçonnait même pas l'existence, nous permettant de maintenir notre niveau de vie avec un salaire en moins, et surprise: l'âge auquel je pourrai cesser de travailler n'a même pas changé! »

2 - Faire jouer votre statut de conjoint

Être en couple permet de déclarer certains revenus de retraite au nom de son partenaire pour optimiser sa facture fiscale. Les taux d'imposition étant progressifs, cette stratégie est plus payante quand les deux conjoints ont des écarts de revenus importants. L'idéal est alors de viser au plus près d'un ratio: 50% au nom de l'un, 50% au nom de l'autre.

La répartition des sommes imposables est notamment possible avec le Régime de pension agréé (RPA), les Fonds enregistrés de revenu de retraite (FERR) et les Fonds de revenu viager (FRV), à hauteur maximale de 50%. Elle se fait annuellement dans la déclaration de revenus.

Au lieu de fractionner une partie des retraits imposables d'un FEER au nom de son conjoint en déclarant ses revenus, il est aussi possible de cotiser directement sur le REER de celui-ci, qui sera alors imposable à 100% sur les retraits effectués, au lieu de seulement 50% dans le premier cas. Cette stratégie appelée « REER de conjoint » permet de payer encore moins d'impôts lorsque le fractionnement des revenus à 50% n'est pas suffisant pour atteindre un équilibre d'imposition.

La rente de la Régie des Rentes (RRQ) peut aussi être divisée entre les conjoints qui y sont admissibles, à hauteur du nombre d'années de vie commune et jusqu'à un maximum de 50%. Il s'agit cette fois d'un fractionnement concret: les sommes ne sont pas uniquement déclarées au nom du conjoint, mais carrément versées sur son compte. Cette démarche doit être réclamée auprès d'un administrateur de la RRQ et les rentes seront ajustées entre les partenaires selon leur situation.

3 - Reporter vos pensions gouvernementales pour les bonifier

Le report des rentes de retraite gouvernementales, la Pension de la sécurité de la vieillesse (PSV) et la Régie des rentes (RRQ), permet de les bonifier. Théoriquement versées aux retraités à partir de 65 ans, elles augmentent de 36% pour la PSV et de 42% pour la RRQ si on ne les réclame qu'à 70 ans, âge maximum autorisé.

Cette astuce implique que le retraité puise dans ses épargnes pour se passer de ces aides, mais lui permet d'avoir un revenu viager plus élevé au final, surtout s'il n'a pas de RPA à prestations déterminées. « Si on a suffisamment d'argent de côté, on a tout intérêt à patienter cinq ans pour au final recevoir plus, dit David Truong. Mais si on a besoin d'argent, il est préférable de demander ces prestations le plus tôt possible. »

Qu'on prépare sa retraite ou que l'on en profite déjà, de multiples astuces permettent d'optimiser son plan de financement. Que cet article vous ait permis de découvrir celles qui s'appliquent à votre situation ou pas, n'hésitez pas à en parler à votre planificateur financier qui saura vous guider dans les démarches pour les mettre en place et vous éclairer sur les options que vous aurez peut-être omises.

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.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées^{MC}

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.

À PROPOS DE LA *naloxone*

par **MARTINE LAFLEUR**
M. Sc. inf.

Le fentanyl, ce puissant opioïde qui a envahi le marché de la drogue, fait des ravages un peu partout au Canada et aux États-Unis. Bien que le Québec soit à ce jour moins touché que l'ouest du pays, l'augmentation du nombre de décès attribuables à une intoxication par opioïde observée dans les dernières années n'en demeure pas moins très préoccupante (Institut national de santé publique du Québec, 2017). Afin de voir si vous y êtes préparé, testez vos connaissances sur le sujet dès maintenant!

L'AUTEURE

Martine Lafleur, M. Sc. inf.

Conseillère à la qualité de la pratique à la Direction, Développement et soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

SOURCES

Bohnert, A. S., Nandi, A., Tracy, M., Cerdá, M., Tardiff, K. J., Vlahov, D. et Galea, S. (2011). Policing and risk of overdose mortality in urban neighborhoods. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(1), 62-68.

Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies (2017). Composer le 911 en cas d'intoxication à la drogue. *Bulletin du RCCE*, 1-9. Repéré à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Calling-911-Drug-Poisoning-2017-fr.pdf>

Directeur de santé publique de Montréal (2018). *Prévention des surdoses liées aux drogues*. Repéré à <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/surdoses.html>

Dubé, P. A. (2012). Dossier spécial sur le fentanyl. *Bulletin d'information toxicologique*, (28)4, 2-3. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/toxicologie-clinique/bit_v28_n4_complet.pdf

Follett, K., Piscitelli, A., Munger, F. et Parkinson, M. (2014). Between life and death: The barriers to calling 9-1-1 during an overdose emergency. *Critical Social Work*, (15)1, 18-28.

Gendarmerie royale du Canada (2013). Fiches de sensibilisation aux drogues. Repéré à <http://www.rcmp-grc.gc.ca/qc/pub/sens-awar/droque-drug/fiches-sheets-fra.pdf>

Institut national de santé publique du Québec (2017). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2298_deces_attribuables_opioides.pdf

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, chapitre 19. Repéré à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-38.8/>

Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose, L.C. 2017, chapitre 4. Repéré à http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2017_4/page-1.html

Nguyen, T., Englin, E., Palecek, W. et Wombwell, E. (2012). Use of naloxone for the management of opioid overdose. *IOSR Journal of Pharmacy*, 2(5), 8-11. Repéré à <http://dx.doi.org/10.9790/3013-2560811>

Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence. *Code des professions*, chapitre C-26, a. 94, par. h.

Sandoz Canada (2014). Monographie de produit : Citrate de fentanyl injection USP. Repéré à https://www.sandoz.ca/sites/www.sandoz.ca/files/Fentanyl_Citrate_PMfr_20140729%281%29.pdf

Veilleux, J., Dubé, P. A. et Sirois, C. (2012). Revue des rapports de cas de décès par timbre transdermique de fentanyl. *Bulletin d'information toxicologique*, 28(4), 6-11. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/toxicologie-clinique/revue-des-rapports-de-cas-de-deces-par-timbre-transdermique-de-fentanyl>

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



1. Le fentanyl consommé illégalement est uniquement utilisé sous forme de comprimés ou en injection.

Réponse:  Faux

Le fentanyl peut également se retrouver sous sa forme la plus prescrite, le timbre transdermique. Ce timbre normalement utilisé dans le traitement des douleurs chroniques persistantes, modérées à sévères, peut se retrouver sur le marché noir ou provenir d'une personne chez qui l'usage est indiqué et qui aurait mal disposé de ses timbres usés.

En effet, les concentrations résiduelles contenues dans un timbre transdermique après une utilisation thérapeutique de 72 heures demeurent très élevées, celles-ci pouvant atteindre plus de la moitié de sa concentration initiale (Veilleux, Dubé et Sirois, 2012).

Les timbres peuvent donc être mâchés, mis sur les gencives, les parois buccales ou corporelles ou encore être infusés pour être ingérés sous forme de tisane ou injectés (Dubé, 2012).

2. Le fentanyl consommé illégalement est utilisé uniquement par des personnes dépendantes aux narcotiques.

Réponse:  Faux

Le fléau peut toucher tout le monde. Le fentanyl est un puissant analgésique qui est cent fois plus puissant que la morphine et quarante fois plus puissant que l'héroïne (Directeur de santé publique de Montréal, 2018; Sandoz Canada, 2014). Il peut donc être recherché par les personnes dépendantes aux narcotiques mais aussi par des personnes qui souhaiteraient soulager leurs douleurs en évitant une visite chez le médecin, par exemple. Le fentanyl peut aussi être ajouté, à l'insu des consommateurs, dans la composition d'autres drogues comme l'héroïne, la cocaïne ou la métamphétamine. L'usage de ce mélange dont la puissance et la durée d'action est inconnue expose le consommateur à un risque accru de surdose ou de décès (Gendarmerie royale du Canada, 2013).

3. Toute personne peut administrer de la naloxone, sans prescription, par voie intranasale ou intramusculaire à une personne en surdose d'opioïdes qui se trouve à l'extérieur du réseau de la santé.

Réponse:  Vrai

Afin de pouvoir porter rapidement secours aux personnes qui présentent une dépression respiratoire et une altération importante du niveau de conscience secondaires à l'administration d'opioïdes, le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence* a récemment été modifié. Il permet désormais, en l'absence d'un premier répondant ou d'un ambulancier, à toute personne d'administrer la naloxone, par voie intranasale ou intramusculaire, **dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence**, et ce, sans prescription médicale.

4. Une personne qui veut se procurer de la naloxone doit l'acheter à la pharmacie de son quartier.

Réponse :  Faux

Depuis le 10 novembre 2017, il est maintenant possible pour toute personne âgée de 14 ans et plus de se procurer gratuitement de la naloxone et les fournitures nécessaires à son administration, sans ordonnance dans l'une des quelque 1 900 pharmacies communautaires du Québec.

Si vous êtes une infirmière ou un infirmier œuvrant dans le réseau de la santé et souhaitant se procurer de la naloxone dans le cadre de ses activités professionnelles, veuillez communiquer avec votre supérieur immédiat afin de connaître les règles applicables dans votre établissement, le cas échéant.

5. Une personne qui donne ou prend de la naloxone lors d'une surdose n'a pas besoin de faire le 911.

Réponse :  Faux

Bien que la naloxone renverse rapidement et efficacement les effets d'un surdosage aux opioïdes, sa durée d'action est habituellement plus courte que la substance consommée (Centre canadien de la lutte contre les toxicomanies, 2017; Nguyen, Englin, Palecek et Wombwell, 2012). Il est important de rappeler aux utilisateurs de drogues ou à toute personne susceptible d'administrer de la naloxone de composer le 911 même si l'utilisateur ne semble plus en surdose, car il pourrait présenter à nouveau une altération de l'état de conscience et une détresse respiratoire.

6. Les personnes en surdose et les témoins sont réticents à composer le 911.

Réponse :  Vrai

Bien que la majorité des consommateurs de drogues et des témoins connaissent l'importance de contacter les services d'urgence lors d'une surdose, les études démontrent qu'ils sont réticents à le faire. Entre 50 et 75 % d'entre eux craignent d'être arrêtés par la police ou poursuivis (Follett, Piscitelli, Munger et Parkinson, 2014; Bohnert et al., 2011). C'est pourquoi le gouvernement fédéral a adopté, le 4 mai 2017, la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*. Cette loi, en modifiant la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, offre une **certaine protection juridique** aux personnes en surdose ou à celles qui en sont témoin et qui appellent les services d'urgence.



Pour en finir avec un mythe

En tant qu'infirmière ou infirmier, vous notez l'existence de mythes bien ancrés dans votre milieu de pratique et vous voulez contribuer à les déboulonner? Vous souhaitez collaborer à *Perspective infirmière* en rédigeant un article dans le cadre de cette rubrique? Faites-nous parvenir par courriel, à revue@oiiq.org, une description détaillée d'un mythe que vous avez identifié en mentionnant votre intérêt pour la rédaction. Votre proposition sera évaluée et pourrait faire l'objet d'une publication dans un prochain numéro de *Perspective infirmière*.

SERVICES PROGRESSIFS

PLACEMENT EN SOINS DE SANTÉ

AU PREMIER RANG POUR L'APPEL D'OFFRES

PARTOUT EN MONTRÉGIE, DANS LES LAURENTIDES ET L'ANAUDIÈRE POUR TOUS LES SECTEURS, ET CE POUR LES CINQ PROCHAINES ANNÉES



Nous embauchons Infirmiers(ères)

Partout au Québec

Très nombreux mandats de travail en CH, CLSC et CHSLD. Garde de nuit 24/7 en CLSC partout en Montérégie. Mandats en régions éloignées avec conditions de travail exceptionnelles.

Les meilleures opportunités de l'industrie

- Salaires très compétitifs
- De nombreux remplacements (horaires réguliers) court terme et long terme
- Orientations rémunérées
- Portail web pour la gestion de vos horaires en temps réel
- Des expériences de travail diversifiées
- REER collectif
- Une équipe professionnelle et dynamique à l'écoute de vos besoins

cv@servicesprogressifs.com

Tél : 514 335-1813, poste 235 • Télécopieur : 514 336-8803

www.servicesprogressifs.com

 Services Progressifs

PROGRESSEZ AVEC NOUS

En santé depuis plus de 40 ans.

Devrais-je adresser ma question à l'OIIQ ou à mon syndicat?

par LE SERVICE DE CONSULTATION PROFESSIONNELLE DE L'OIIQ

Vous êtes nombreux à vous adresser au Service de consultation professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour des questions de toutes sortes, dont certaines peuvent toucher vos conditions de travail ou votre échelle salariale dans le réseau de la santé. Afin de vous aider à diriger vos questions à l'instance appropriée, voici un rappel des missions respectives d'un ordre professionnel, comme l'OIIQ, et d'un syndicat d'infirmières et infirmiers ou de professionnels en soins.

QU'EST-CE QU'UN ORDRE PROFESSIONNEL?

Le rôle premier d'un ordre professionnel est de s'assurer que les membres offrent des services qui répondent aux normes de qualité et d'intégrité de la profession. Ce mandat lui est confié par le Code des professions (L.R.Q., c. C-26), la loi-cadre du système professionnel québécois.

Dûment constitué en vertu des dispositions de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8), l'OIIQ est un ordre professionnel dont la fonction principale est d'assurer la protection du public, conformément au Code des professions. Il remplit sa mission :

- En contrôlant, notamment, l'exercice de la profession infirmière par ses membres;
- En surveillant l'exercice de la profession, entre autres au moyen d'inspections professionnelles;
- En réglementant l'exercice (au moyen de l'adoption et de l'application de certains règlements);
- En gérant le processus disciplinaire;
- En favorisant le développement de la profession, par exemple à l'aide de la formation continue et de la conception d'outils visant l'amélioration de la qualité des interventions (Office des professions du Québec, 2018).

QU'EST-CE QU'UN SYNDICAT?

Un syndicat est une association vouée à l'étude, à la sauvegarde et au développement des intérêts socio-économiques de ses membres. Une telle association a particulièrement pour mandat la négociation et l'application d'une convention collective visant les salariés qu'elle représente (Gouvernement du Québec, 2014). Le syndicat qui représente le plus d'infirmières et d'infirmiers est la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), regroupant près de 75 000 infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé du Québec.

Un syndicat agit pour la défense et la gestion des intérêts communs de ses membres, tels que ceux-ci :

- Le droit de travailler dans un endroit sain et sans danger;
- Le droit d'avoir un horaire de travail décent;
- L'occasion de gagner un meilleur salaire;
- La possibilité d'évoluer dans un milieu juste et équitable;
- L'amélioration des conditions de travail, etc. (FTQ, 2018).

CONCLUSION

La distinction entre un ordre et un syndicat étant faite, les questions concernant le champ d'exercice, la pratique et les normes cliniques, ainsi que le Code de déontologie des infirmières et infirmiers devraient être adressées à l'OIIQ, tandis que les questions concernant les conditions de travail, les horaires, la charge de travail, le salaire, la reconnaissance des diplômes ainsi que l'organisation des soins relèvent de votre employeur. Ces questions devraient être dirigées à votre syndicat. ●



Pour toute question qui relève de l'OIIQ, vous pouvez communiquer avec le Service de consultation professionnelle par courriel à infirmiere-conseil@oiiq.org ou par téléphone au 514 935-2501 ou 1 800 363-6048, option 1.



MAISON D'ENTRAIDE ET DE RESSOURCEMENT

POUR PERSONNES PORTANT L'UNIFORME OU L'AYANT PORTÉ

Policiers, paramédics, infirmiers, pompiers, militaires, anciens combattants, clergé, agents de la paix, professionnels de la santé et retraités de ces groupes et les membres de leur famille



La Vigile est en opération de services auprès des personnes en uniformes depuis 2003. La Maison La Vigile offre six programmes de thérapie et est certifiée par le CIUSSS de la Capitale Nationale pour les différentes dépendances et le jeu compulsif.

LE PROGRAMME DE THÉRAPIE COMPORTE SIX VOILETS:

- 1 Traitement des dépendances** - alcool, drogues, jeu compulsif, cyberdépendances, etc. (Ateliers psychoéducatifs - 30 jours)
- Service de sevrage d'alcool et de drogues sous supervision médicale - 24h / 24h
- 2 Traitement de la dépression** - Adaptation, deuil, épuisement, harcèlement, etc. (Ateliers psychoéducatifs - 30 jours)
- 3 Traitement du post-trauma** - (Ateliers psychoéducatifs - 26 jours)
- 4 Traitement de l'anxiété** - Saine gestion (Ateliers psychoéducatifs - 26 jours)
- 5 Traitement de la colère** - Saine gestion (Ateliers psychoéducatifs - 10 jours)
- 6 Le répit** (30 jours ou nombre de jours au besoin)

TÉLÉPHONE SANS FRAIS, 24H / 24H

RENSEIGNEMENTS : 1 888 315-0007 OU M. JACQUES DENIS SIMARD
DIRECTEUR GÉNÉRAL : CELLULAIRE : 418 951-6786



Watchiya • Bonjour



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

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages

- Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse et CLSC)
- 8 dispensaires ou CMC* (rôle élargi)
- Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val-d'Or
- Formation de 5 semaines en rôle élargi pour les CMC
- Primes d'éloignement, d'attraction et de rétention et prime pour le rôle élargi offertes

Profil recherché

- Un an d'expérience afin de travailler à l'hôpital
- Trois ans d'expérience (préférentiellement en soins aigus) afin d'œuvrer dans un de nos dispensaires
- Bilingue : français et anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

*Centre de Miyupimaatisiun (santé)
Communautaire



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



www.santeterrescristes.org/carrières



Tirez le meilleur parti de votre adhésion.

Obtenez des tarifs préférentiels et une protection qui répond à vos besoins.

**Vous pourriez économiser gros*
quand vous combinez vos
tarifs préférentiels de membre
et regroupez vos assurances
habitation et auto.**

Programme d'assurance habitation
et auto recommandé par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Profitez pleinement de votre adhésion.

En tant que membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur toute une gamme de protections d'assurance habitation et auto personnalisables selon vos besoins.

Depuis plus de 65 ans, TD Assurance aide les Canadiens à trouver des solutions d'assurance habitation et auto de qualité.

Ayez l'assurance que votre protection habitation et auto répond à vos besoins. Demandez une soumission.

HABITATION | AUTO | VOYAGE

Obtenez une soumission et découvrez combien
vous pourriez économiser!
Composez le **1-866-269-1371**
Ou allez au **tdassurance.com/oiiq**



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Il est distribué par Meloche Monnex Assurance et Services Financiers inc. au Québec, par Meloche Monnex services financiers inc. en Ontario et par Agence Directe TD Assurance Inc. ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12^e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6. En raison des lois provinciales, notre programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan. *À l'échelle nationale, 90 % de nos clients qui font partie d'un groupe de professionnels ou de diplômés avec qui nous avons une entente et qui font assurer leur résidence (sauf les logements loués et les copropriétés) et leur véhicule au 31 octobre 2016 économisent 625 \$ par rapport aux primes qu'ils auraient payées s'ils n'avaient pas obtenu un tarif de groupe préférentiel et un rabais multiproduit. Ces économies ne sont pas garanties et peuvent varier selon le profil du client. Le montant des économies varie d'une province à l'autre et peut être supérieur ou inférieur à 625 \$. L'assurance voyage Solution sans frontières^{MD} est offerte par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances et distribuée dans certaines provinces par Assurance Voyage RSA inc., qui fait affaire en Colombie-Britannique sous le nom d'Agence Assurance Voyage RSA. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. ^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.