

SOINS D'URGENCE



À LA UNE **L'INTUBATION
À L'URGENCE :**
le rôle infirmier
lorsqu'une personne
adulte est ventilée
mécaniquement

PRATIQUE CLINIQUE

Des ressources destinées
aux personnes vivant avec le
diabète et aux professionnels
de la santé

PROJET INNOVANT

Le Centre d'amitié autochtone de
Val-d'Or : une réponse innovante
pour améliorer la santé des
personnes autochtones vivant
en milieu urbain

RECHERCHE

Déploiement d'un service
d'urgence gériatrique : étude
qualitative sur la perception
des intervenants



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

Découvrez notre offre
d'assurance **exclusive!**

Lussier



Assurance automobile et habitation

Profitez d'un programme d'assurance complet et compétitif pour accompagner les membres dans la protection de leur patrimoine.

Notre rôle de courtier nous permet en effet de bénéficier d'un réseau d'assureurs de confiance et ainsi négocier pour vous des protections taillées sur mesure, au meilleur prix.

Toutes vos assurances sous un même toit :

- ✓ Automobile
- ✓ Habitation
- ✓ VTT
- ✓ Bateau
- ✓ Véhicule récréatif
- ✓ Motoneige

Taux préférentiels

Appliquez le
Code Promo
Z00015

Un courtier dédié pour vous accompagner dans tous vos besoins d'assurance, de la soumission à la réclamation.

Appelez-nous pour une soumission gratuite.

1 800 361-8715



Cabinet de services financiers

Lussier.co



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

RÉDACTRICES EN CHEF

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

ÉDITEURS ASSOCIÉS

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc.
Guillaume Fontaine, inf., Ph. D.
William Tessier, inf., M. Sc.
Anne-Renée Delli Colli, inf., M. Sc.
Koralie Yergeau, inf., B. Sc. (ét.)

CHARGÉE DE PROJET

Vanessa Latulippe, L'ASSOCIÉ

CONCEPTION GRAPHIQUE

MissPixels

PUBLICITÉ

Mathieu Ménard, Responsable des partenariats
gestion@aaiuq.qc.ca

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIIUQ

Guillaume Fontaine, inf., Ph. D. – Président sortant
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., Ph. D. (cand.) – Vice-présidente
Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Trésorière
Josiane Arsenault, inf., B. Sc., M.Sc. (ét.) – Secrétaire
Joannie St-Pierre, inf., M. Sc. – Administratrice
Laurence Fortier, inf., M. Sc. – Administratrice
Fabian Severino, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.) – Administrateur
Alexandre Arsenault, inf., B. Sc. – Administrateur
Anne-Renée Delli Colli, inf., M. Sc. – Administratrice

POLITIQUE ÉDITORIALE

Soins d'urgence est publiée deux fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. S'inscrivant dans le mouvement pour le libre accès à la documentation scientifique, *Soins d'urgence* est diffusée en accès libre sur la plateforme Érudit, ainsi que sur le site internet de l'AIIUQ, et ce, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

DÉPÔT LÉGAL 2023

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 2816-6892 (imprimé)
ISSN 2816-6906 (numérique)

AIIUQ

IC.P. 89 022 CSP Malec,
Montréal (Québec) H9C 2Z3
T. 1 833 33-AIIUQ
info@aaiuq.qc.ca

aaiuq.qc.ca





ÉDITORIAL

06 — Performance, bien-être et développement professionnel : un trio possible?
par les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence*

08 — L'éditorial du président de l'AIUQ
par Guillaume Fontaine

10 — STAT! Rôle de l'infirmière — réalité ou fiction!
par Christine Laliberté

À LA UNE

13 — L'intubation à l'urgence : le rôle infirmier lorsqu'une personne adulte est ventilée mécaniquement

RÉFLEXION

25 — Avancer en temps de crise du réseau de la santé : Nietzsche et le surpassement de l'infirmière en soi

PROJET INNOVANT

28 — Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or : une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain

RECHERCHE

34 — Déploiement d'un service d'urgence gériatrique : étude qualitative sur la perception des intervenants

PRATIQUE CLINIQUE

43 — Des ressources destinées aux personnes vivant avec le diabète et aux professionnels de la santé

CHRONIQUE DE LA DSUF

46 — Les tableaux de bord sur les données dans les urgences : comment mieux les comprendre

Performance, bien-être et développement professionnel : un trio possible?

Le personnel infirmier d'urgence est quotidiennement confronté à un environnement de travail exigeant, ce qui peut avoir un impact sur leur santé physique et mentale et se traduire par de l'insatisfaction au travail, du stress, voire de l'épuisement professionnel. Le Congrès 2023 de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ) se déroule sous le thème « Le rôle infirmier : trouver l'équilibre entre bien-être et performance ». Le comité organisateur tenait à souligner non seulement le besoin de performance des infirmières d'urgence, mais également le fragile équilibre qui existe entre la performance et le bien-être. Bien évidemment, le bien-être au travail passe par la mise en place de stratégies organisationnelles optimales et pérennes. Toutefois, des stratégies individuelles peuvent également être utilisées. Justement, plusieurs conférences du Congrès aborderont ces différentes stratégies.

Sur le plan professionnel, nous considérons que le sentiment de compétence contribue au bien-être au travail. Ce sentiment passe notamment par le développement professionnel. Il est reconnu que le développement professionnel permet l'évolution de la pratique infirmière et l'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, le simple fait de prendre le temps de lire sur les dernières pratiques cliniques et de recherche en soins d'urgence est une stratégie simple à adopter. C'est d'ailleurs ce que vous offre notre revue, en étant la seule revue uniquement francophone dédiée aux soins d'urgence. Qui plus est, c'est une revue qui est gratuite et accessible en libre accès sur le site web de l'AIUQ et sur la plateforme d'Érudit. Nous espérons donc que vous prendrez le temps de vous asseoir, de relaxer, et ce, tout en prenant plaisir à lire les différents articles que vous propose ce nouveau numéro.

Tout d'abord, vous y trouverez l'éditorial de Guillaume Fontaine, le président sortant de l'AIUQ, qui vous introduit la planification stratégique de l'association pour les trois prochaines années. Il vous présente également en primeur la personne qui prendra sa relève : Josiane Arsenault. Ensuite, vous trouverez l'éditorial de la présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) qui présente un message porteur sur la pratique infirmière et le rôle que nous jouons tout un chacun dans la refonte du système de santé.



Ce numéro vous présente également l'article clinique «à la une» de Lysane Paquette et collaborateurs qui aborde la ventilation mécanique à l'urgence. Cet article vous propose d'explorer le rôle infirmier au sein de l'équipe interprofessionnelle lorsqu'une personne est ventilée mécaniquement, ainsi que les buts de la ventilation mécanique, les modes ventilatoires, les surveillances et les interventions infirmières. Muni de plusieurs tableaux synthèses, celui-ci s'avère être un bel article à avoir sous la main! Véronique Provencher et ses collègues nous présentent un article de recherche sur le déploiement d'un service d'urgence gériatrique et la perception des intervenants impliqués. Très d'actualité, cet article saura certainement vous éclairer sur les facteurs facilitateurs et les obstacles à l'adoption d'interventions dans un contexte d'urgence gériatrique.

Ce numéro est également composé d'articles de nature variée. D'une part, deux des éditrices associées de la revue, soit Anne-Renée Delli Colli et Koralie Yergeau, ont rencontré trois personnes impliquées au Centre d'amitié Autochtone de Val-d'Or. Cette rencontre se décline à travers un article de type «projet innovant». Vous serez subjugué par son contenu qui met en lumière une approche de services axée sur l'amélioration de la qualité de vie des personnes autochtones vivant en milieu urbain. Dans ce numéro, vous trouverez aussi un article à saveur philosophique qui apporte une réflexion sur la profession infirmière, rédigé par Pawel Krol. Quel est le lien entre le philosophe allemand Nietzsche et le rôle infirmier? Comment peut-on assurer le bien-être infirmier dans la réalité actuelle? À vous de le découvrir en lisant cet article!

De plus, vous trouverez un article de Diabète Québec qui présente les ressources disponibles tant pour les personnes soignées que pour le personnel infirmier d'urgence sur le diabète et ces différentes complications. Comme dernier article, la chronique de la Direction des services d'urgence et de la fluidité (DSUF) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec est présentée. Dans cette chronique, une présentation des tableaux de bord des urgences qui

peuvent être consultés par les professionnels de la santé et le public sont exposés. Leur utilité comme outil pour prendre des décisions est également mise de l'avant.

Pour conclure, nous réitérons que si vous avez un intérêt à présenter un projet innovant au sein de votre urgence, nous vous invitons à nous écrire à l'adresse courriel suivante : redactionrevue@aaiuq.qc.ca. De plus, si vous souhaitez rédiger tout autre article pour la revue *Soins d'urgence*, vous pouvez consulter la page de la revue sur le site internet de l'AIIUQ afin de connaître le processus et les consignes aux auteurs. N'hésitez pas non plus à nous écrire au besoin à notre adresse courriel.

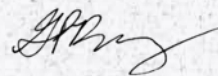
Encore une fois, nous souhaitons remercier chaleureusement les auteur.es de chacun des articles, les réviseur.es, nos partenaires, ainsi que MissPixels pour le graphisme de qualité! 🌟

Bonne lecture à tous et toutes!



Alexandra Lapierre

inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Rédactrice en chef



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., Ph. D. (cand.)
Rédactrice en chef adjointe





Éditorial du président de l'AIIUQ

Chers et chères collègues,

C'est avec un brin de tristesse que je m'adresse à vous dans le cadre de mon dernier éditorial en tant que président et membre du conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ). Je me suis impliqué au sein de l'AIIUQ en 2017, il y a six ans, alors que je désirais contribuer à l'avancement de la pratique infirmière d'urgence au Québec. À travers les dernières années, j'ai travaillé avec une équipe exceptionnelle et nous avons réussi à accomplir de grandes choses – notamment sur le plan du développement de nouvelles formations spécialisées, du lancement de la revue *Soins d'urgence*, de prises de position dans la sphère publique et de nouveaux événements permettant le développement professionnel continu en soins d'urgence.

Nous avons aussi, l'année dernière, entamé une réflexion collective sur la planification stratégique de l'AIIUQ pour les trois prochaines années. Selon ma perspective, une planification stratégique était essentielle pour l'AIIUQ afin qu'elle réalise efficacement sa mission et ses objectifs, gère les ressources et les risques, collabore avec les parties prenantes et mesure et évalue sa performance. Par conséquent, lors de notre retraite stratégique à Trois-Rivières à l'été 2022, nous avons discuté de plusieurs enjeux importants pour les infirmières et infirmiers d'urgence du Québec et de solutions innovantes. L'automne dernier, nous avons élaboré un plan stratégique qui structurera les activités de l'AIIUQ pour les prochaines années que vous retrouverez à la suite de ce texte. Celui-ci inclut trois grandes orientations.

La première orientation est l'amélioration de l'expérience membre. Pour ce faire, nous croyons qu'il est important d'augmenter la valeur de l'adhésion à l'AIIUQ et, dans un deuxième temps, de faciliter l'adhésion et le renouvellement. Nous comptons notamment, au fil des prochaines années, augmenter l'accès à du contenu exclusif sur notre plateforme web, développer le rôle de soutien et de consultation pour les membres et implanter des *memberships* de deux et trois ans pour répondre à ces objectifs.

La deuxième orientation est l'optimisation de l'insertion professionnelle et du développement professionnel continu à l'urgence. Ce sont des enjeux qui ont toujours été importants pour l'AIIUQ mais qui revêtent une importance croissante vu le contexte actuel. Pour optimiser l'insertion des infirmières nouvellement diplômées ou novices à l'urgence, nous comptons par exemple diffuser un énoncé de position sur l'encadrement, le soutien et

ORIENTATION 1 AMÉLIORATION DE L'EXPÉRIENCE MEMBRE

1.1. Augmenter la valeur de l'adhésion à l'AIIUQ

- Création et envoi d'un « kit de bienvenue »
- Augmenter l'accès à du contenu exclusif sur la plateforme web

1.2. Faciliter l'adhésion et le renouvellement

- Implanter des memberships de deux et trois ans
- Promouvoir les inscriptions de groupe auprès des gestionnaires d'urgence

ORIENTATION 2 OPTIMISATION DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET DU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU À L'URGENCE

2.1. Optimiser l'insertion professionnelle du personnel infirmier nouvellement diplômé et novice à l'urgence

- Développer et diffuser un énoncé de position sur l'encadrement, le soutien et le mentorat du personnel infirmier à l'urgence (parcours qualifiant optimal)
- Proposer et diffuser un référentiel de compétences pour le personnel infirmier d'urgence

2.2. Optimiser le développement professionnel du personnel infirmier d'urgence et promouvoir la reconnaissance de l'expertise infirmière à l'urgence

- Poursuivre et diversifier le développement de nouvelles formations de l'AIIUQ (virtuelles, hybrides et présentielles)
- Accroître la portée de la revue *Soins d'urgence*
- Promouvoir la certification en soins infirmiers d'urgence de l'AIIUQ
- Offrir des bourses pour la certification en soins infirmiers d'urgence

ORIENTATION 3 CONSOLIDATION DU STATUT D'ASSOCIATION RECONNUE COMME LEADER EN SOINS D'URGENCE

3.1. Développer l'expertise au sein de l'association

- Élargir le bassin de membres conseil de l'AIIUQ possédant des expertises complémentaires en soins d'urgence à travers la province

3.2. Faire rayonner l'expertise de l'association

- Diffuser des communiqués de presse sur des enjeux importants
- Développer et diffuser des énoncés de position sur des enjeux importants
- Promouvoir l'offre de services d'expertise et de consultation de l'AIIUQ auprès des partenaires-clés

3.3. Soutenir, encourager et jouer un rôle pivot dans le développement des connaissances en soins d'urgence

- Bonifier le programme de financement de l'AIIUQ pour soutenir les étudiants aux cycles supérieurs et les programmes de recherche
- Diffuser les meilleures pratiques et promouvoir le transfert des connaissances afin d'encourager des soins d'urgence basés sur les données probantes

3.4. Jouer un rôle stratégique auprès des partenaires et collaborateurs lors des prises de décision ayant un impact sur la santé, les soins d'urgence et la pratique infirmière

- Développer de nouveaux partenariats stratégiques (p. ex., NENA, ENA, OIIQ, MSSS)
- Participer à des comités stratégiques au sein de différentes organisations (p. ex., INESSS, OIIQ)
- Initier un leadership dans la mise en commun des expertises de différents partenaires (p. ex., ordres professionnels, associations professionnelles, établissements du RSSS)



MISSION

Contribuer à l'avancement de l'expertise et au développement de la pratique en soins infirmiers d'urgence au Québec



VISION

Être la principale référence en soins infirmiers d'urgence au Québec



VALEURS

Intégrité, collaboration, excellence, professionnalisme, rigueur scientifique, équité, diversité, inclusion

le mentorat des infirmières à l'urgence et proposer un référentiel de compétences pour l'infirmière d'urgence. Pour optimiser le développement professionnel continu à l'urgence, nous croyons qu'il est impératif de poursuivre et diversifier le développement de nouvelles formations de l'AIIUQ et de promouvoir la certification en soins infirmiers d'urgence de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

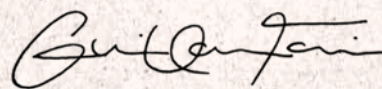
La troisième et dernière orientation est la consolidation du statut de l'AIIUQ comme association reconnue comme leader en soins d'urgence. Pour ce faire, nous avons ciblé quatre objectifs, incluant le développement de l'expertise au sein de l'AIIUQ, l'accroissement du rayonnement de notre expertise, jouer un rôle pivot dans le développement des connaissances en soins d'urgence et, enfin, occuper un rôle stratégique auprès de nos partenaires et collaborateurs lors des prises de décisions ayant un impact sur la santé, les soins d'urgence et la pratique infirmière.

Je suis persuadé que l'AIIUQ, en travaillant à mettre en œuvre ces trois orientations avec ses nombreux collaborateurs et partenaires, pourra contribuer de manière importante au développement de la pratique infirmière d'urgence au Québec et au Canada.

En terminant, je suis très heureux de vous annoncer que Josiane Arsenault prendra ma relève à titre de présidente de l'AIIUQ. Josiane est impliquée depuis plusieurs années au sein du conseil d'administration à titre de secrétaire et de directrice du développement professionnel. Elle a notamment occupé les rôles d'infirmière clinicienne puis d'infirmière en pratique avancée à l'urgence au

Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), ainsi que le rôle d'infirmière clinicienne pour les Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ). Plus récemment, elle a fait partie de la cellule de crise mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour résoudre la crise dans les urgences. Josiane possède un large éventail d'expériences professionnelles qui la prépare parfaitement à assumer le rôle stratégique de présidente et à mener les travaux de l'AIIUQ pour les prochaines années. Je lui souhaite bonne chance dans ses nouvelles fonctions. 🍀

Cordialement,



Guillaume Fontaine

inf., Ph. D.

Président sortant

Association des infirmières
et infirmiers d'urgence du Québec

presidence@aiiuq.qc.ca

www.aiiuq.qc.ca

STAT!

Rôle de l'infirmière — réalité ou fiction!

Nul besoin de vous mentionner à quel point le rôle infirmier est méconnu (1)! Réalité ou fiction! La population mérite de bien comprendre l'importance de la place que nous occupons dans le système de santé. Malheureusement, même les émissions populaires fictives montrent une facette « déformée » du rôle qu'un.e infirmier.ère occupe à l'urgence. Vos interventions sont significatives tant pour la survie des patient.es que pour l'accueil, la réassurance et l'éducation prodiguée à des personnes et leur famille en situation de crise. Votre rigueur, votre détermination et vos compétences sont essentielles et méritent une reconnaissance à la hauteur de vos efforts. La nécessité de vous donner la latitude essentielle et l'autonomie pour mener à terme vos interventions (que ce soit par des droits supplémentaires de prescrire, des ordonnances collectives, des ressources supplémentaires) est connue, mais votre apport est-il bien reconnu? Si on pouvait enfin miser sur les forces et les compétences de chacune plutôt que sur la hiérarchie, ensemble, nous irions plus loin!

Les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) (2) font partie de la solution pour aider le système de santé. On mise beaucoup sur la première ligne actuellement par des cliniques d'IPS, mais il y a tellement plus à développer « ensemble ». Les IPS en soins de première ligne (IPSPL) peuvent contribuer à désengorger les urgences à plusieurs niveaux, soit par l'accessibilité offerte dans les cliniques d'IPS, les GMF, les CLSC et tout autre lieu de pratique. Elles sont parfois sollicitées dans les urgences dans certains milieux où l'accès est restreint faute de cliniques ouvertes les soirs et les fins de semaine. Elles s'occupent alors des personnes avec une priorité 4 ou 5.

Toutefois, si tous les intervenant.es de la première ligne étaient mis à contribution à la hauteur de leurs compétences et occupaient pleinement leur champ d'exercices, et si toutes les cliniques étaient ouvertes aux heures défavorables, on multiplierait les portes d'entrée pour les personnes et allégerait le quotidien des professionnel.les de la salle d'urgence. On oublie souvent, à tort, la contribution de nos collègues IPS en soins aux adultes (IPSSA), en soins pédiatriques (IPSSP), en santé mentale (IPSSM) et en néonatalogie (IPSNN) présentes dans les centres hospitaliers qui pourraient être davantage mises à profit (3) par leur présence à titre de consultant.e dans les urgences, sur les unités de soins et dans les cliniques externes. Actuellement, elles sont restreintes dans leur autonomie, puisqu'elles ne peuvent pas admettre et libérer les personnes sur les étages. Si tel était le cas, leur apport pourrait permettre un roulement plus fluide de la trajectoire du patient, libérant ainsi des accès pour de nouvelles personnes ayant besoin de soins à la salle d'urgence. Au-delà de leur offre de consultant.e à l'urgence, les IPSSA peuvent aussi, depuis 2022, travailler directement à l'urgence. Leur rôle est en développement et certaines pionnières travaillent ardemment pour le potentialiser. Les IPSSM peuvent également offrir davantage dans les urgences psychiatriques ainsi que les IPSSP dans les urgences pédiatriques, si on leur en donne la chance!

Trop souvent, notre système est en mode crise, action, réaction... sans planification! Notre système mérite un ménage dans l'utilisation des services à plusieurs niveaux incluant l'éducation populationnelle. Il est primordial de valider si les personnes consultent, en temps opportun, la bonne ressource pour répondre à leurs besoins. Il y a nécessité que les interve-

nant.es dans l'action, sur le terrain, soient entendus. Vous êtes les mieux placées pour dire ce qui ne fonctionne pas et proposer des solutions viables (4)! L'AIPSQ a dû, à maintes reprises, démontrer la valeur ajoutée d'ouvrir pleinement le rôle des IPS pour répondre aux besoins populationnels (5,6). Malgré des résultats probants à profusion et un appui national à de multiples niveaux (populationnel, associatif, ordres professionnels, universités, chercheurs, gouvernement, avocats) et international (AIIC [7], NPAC [8], NPAO [9], etc.), les démarches ont été laborieuses. Il aura fallu attendre 2021 pour que les IPS puissent poser un diagnostic et établir leur plan de traitement, une compétence au sein même du rôle de l'IPS (10,11). Nous rattrapons doucement un retard considérable (15 à 20 ans) en regard de nos collègues des autres provinces et territoires canadiens. L'AIPSQ accompagne actuellement les infirmier.ères en pratique avancée (IPA) de la France et les IPS de la Suisse dans le développement de leur rôle et pourtant, les IPS du Québec doivent constamment prouver leur valeur ajoutée. Heureusement, l'AIPSQ a croisé de nombreuses personnes bienveillantes et désireuses de modifier le réseau de la santé pour offrir à la population les soins qu'elle mérite.

On oublie souvent que demain, le patient pourrait être nous, nos parents, nos enfants et nos amis! Quels seraient les soins attendus et l'accès désiré? Ainsi, il ne faut pas hésiter à prendre la parole, à proposer des solutions novatrices même si elles vous semblent loufoques! Un jour, nous avons proposé des solutions dérangeantes, mais centrées sur les besoins de la population et elles sont devenues des solutions permanentes (p.ex., SABSA [12], Archimède [13, 14], Le Lien - IPSSA, cliniques d'IPS - MSSS [15]). À titre d'exemple, le projet Archimède



AIPSQ

Association des infirmières
praticiennes spécialisées
du Québec

permet à la personne de rencontrer l'intervenant qui répond le mieux à sa raison de consultation que ce soit un physiothérapeute pour une douleur à l'épaule, un.e infirmier.ère pour une cystite ou une IPSPL pour une douleur abdominale. C'est la raison de consultation qui détermine la bonne ressource professionnelle pour répondre aux besoins des patients dans les meilleurs délais. Dans la clinique «Le Lien», située à l'Hôpital Notre-Dame, ce sont les IPSSA qui sont la porte d'entrée pour des personnes sans médecin de famille, aux prises avec des problèmes de santé complexes. Des solutions, il en existe! Alors, osez! Même si 100 personnes s'élèvent contre vous et qu'une seule vous appuie, si l'idée est porteuse et sensée, il faut aller de l'avant! Le meilleur des mondes serait que le corporatisme cesse et que tous les professionnels soient rassemblés vers la meilleure solution! Ce n'est pas utopique, c'est LA solution!

Alors, bon courage, gardez le cap et démontrez que vous êtes mieux qu'une fiction insensible face au rôle de l'infirmier.ère! Rappelez-vous toujours les objectifs de votre quête, même lorsque c'est difficile! Vous êtes essentielles et uniques pour le patient qui croise votre regard. Au nom de la population, nous vous remercions chaleureusement. 🌱

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)

Créée en 2005, l'AIPSQ est un organisme sans but lucratif, sans attache syndicale ou corporative. Elle s'est donnée pour mission d'assurer le développement et l'uniformité du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au Québec afin de répondre aux attentes de la population à son égard et assurer une homogénéité de la pratique. L'adhésion à l'Association est volontaire de la part des IPS. Actuellement, l'AIPSQ représente plus de 1000 IPS à travers le Québec.



Christine Laliberté

Inf., M. Sc., D.E.S.S., FACSI

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)

Fellow de l'Académie canadienne des sciences infirmières (FACSI)

Présidente de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ)

presidente@aipsq.ca | www.aipsq.com

RÉFÉRENCES

1. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Description du rôle. AIIC; nd. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/outils-et-ressources-sur-les-soins-infirmiers/trousse-de-soins-primaires/description-du-role>
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique : lignes directrices. OIIQ; 2021. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf>
3. Amiot N, Carrier J, Roussy C. Le rôle de l'infirmière praticienne spécialisée à l'urgence. Soins d'urgence. 2020; 1(2):35-38. <https://aiiuq.qc.ca/wp-content/uploads/2020/11/NO-SEMBRE-RevueAIIUQ-IPS.pdf>
4. Paré I. Quand l'urgence se gère tout seul. Le Devoir; 2021. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/647676/penurie-d-infirmieres-quand-l-urgence-se-gere-toute-seule>
5. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Mission et mandats de l'AIPSQ. AIPSQ; nd. <https://aipsq.com/association-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-du-quebec/mission-et-mandats-de-l-aipsq>
6. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ). Mémoires. AIPSQ; nd. <https://aipsq.com/memoire>
7. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Qui sommes-nous? AIIC; nd. <https://www.cna-aiic.ca/fr/a-propos-de-nous/qui-sommes-nous>
8. Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada (AIIPC). À propos de NPAC-AIIPC. AIIPC; nd. <https://npac-aiipc.org/>
9. Nurse Practitioners Association of Ontario (NPAO). About NPAO. NPAO; nd. <https://npao.org/>
10. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Pour un meilleur accès au système de santé – les IPS complètement autonomes à compter du 25 janvier 2021. OIIQ; 2020. <https://www.oiiq.org/pour-un-meilleur-acces-au-systeme-de-sante-les-ips-completement-autonomes-a-compter-du-25-janvier-2021>
11. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Ouverture du diagnostic aux IPS – Une avancée sans précédent pour l'accès aux soins. CISION; 2019. <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/ouverture-du-diagnostic-aux-ips-une-avancee-sans-precedent-pour-l-acces-aux-soins-878557130.html>
12. SABSA. À propos. SABSA; nd. <https://www.sabsa.ca/fr/a-propos/>
13. Shaffer, M-E. Projet Archimède : des infirmières au front à la clinique médicale Saint-Vallier. OIIQ; 2020. <https://www.oiiq.org/projet-archimede-des-infirmieres-au-front-a-la-clinique-medecale-saint-vallier>
14. VITAM. La phase 2 du projet Archimède subventionnée par le MSSS. VITAM; 2022. <https://vitam.ulaval.ca/actualites/la-phase-2-du-projet-archimede-subventionnee-par-le-msss-sck4>
15. Girard-Bossé A. Une nouvelle clinique 100% infirmière. La Presse; 2022. <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-12-01/une-nouvelle-clinique-100-infirmiere.php>

ENVIE D'AVENTURE, DE DÉFIS, ET D'UN CHANGEMENT DE DÉCOR?



Être infirmière en rôle élargi au Nunavik, c'est plus qu'un emploi. C'est avoir l'opportunité d'évoluer dans une communauté inspirante et accueillante. C'est aussi tisser des liens significatifs, se dépasser et avoir un impact positif sur le bien-être de son prochain. Joignez-vous à notre équipe!

**PERSPECTIVE
NUNAVIK** ᐃᓄᓐ ᐱᓄᓐ
ᐱᓄᓐ ᐱᓄᓐ

www.sante-services-sociaux.ca



L'intubation à l'urgence : le rôle infirmier lorsqu'une personne adulte est ventilée mécaniquement (partie 2)

par **Lysane Paquette, Gabriela Peguero-Rodriguez, Marie-Lyne Lemieux, Valérie Lebel et Mohamed Ait Si M'hame**

À l'urgence, le personnel infirmier doit régulièrement prendre soin de personnes sous ventilation mécanique. Selon les délais, la personne soignée peut demeurer à l'urgence pendant plusieurs heures avant d'avoir un lit dans une unité de soins intensifs. L'équipe soignante de l'urgence doit donc être en mesure d'évaluer, d'assurer une surveillance et d'initier promptement des interventions afin de favoriser des soins optimaux pour la personne ventilée mécaniquement. Dans ces circonstances, des connaissances sur le fonctionnement du respirateur, sur les complications associées et sur la surveillance clinique sont nécessaires à des soins de qualité. Ainsi, cet article couvrira les buts de la ventilation mécanique, les paramètres et les modes ventilatoires, les surveillances et les interventions infirmières, ainsi que les activités de surveillance et de prévention des complications liées à la ventilation mécanique.

INTRODUCTION

Cet article constitue la suite de l'article de Paquette et al. (2) qui était axé sur les différentes étapes de l'intubation à séquence rapide et le rôle infirmier inhérent. Bien évidemment, le rôle infirmier se poursuit une fois que la personne est intubée et ventilée mécaniquement. Malgré la présence des inhalothérapeutes qui possèdent une expertise en soins cardiorespiratoires et en assistance anesthésique en contexte de ventilation mécanique (VM), les infirmières détiennent également une responsabilité importante en ce qui concerne la surveillance clinique et l'initiation d'interventions. Selon la situation clinique, il est habituel que la personne ventilée mécaniquement soit admise dans une unité de soins intensifs (USI). Cependant, des défis en matière de ressources humaines ou matérielles imposent parfois que la personne ventilée mécaniquement passe quelques heures à l'urgence avant d'être extubée ou transférée dans une USI. L'équipe de soins à l'urgence doit donc assurer une surveillance et amorcer des interventions spécifiques en vue de limiter les complications associées à la VM et favoriser des résultats positifs chez la personne en état critique.

Mise en situation initiale. L'intubation endotrachéale de M^{me} Cloutier, 24 ans, suivant une intoxication à l'alcool et au GHB, s'est déroulée sans particularité. L'inhalothérapeute vous indique qu'il a programmé le respirateur en mode ventilation assistée contrôlée (VAC) avec une fréquence respiratoire (FR) à 20 par minute, un volume courant (Vc) à 400 ml et une pression expiratoire positive (PEP) à 5 cmH₂O. La fraction inspirée d'oxygène (FiO₂) est à 21 % pour une saturation pulsatile en oxygène (SpO₂) visée à ≥ 93 %.

En collaboration, le médecin, l'inhalothérapeute et vous-même convenez d'un plan pour M^{me} Cloutier. Vous débutez rapidement une perfusion de Propofol pour un score visé de - 5 (non éveillable) à l'échelle d'agitation et de sédation de Richmond (RASS) pour la durée de l'effet de l'agent paralysant. Vous prévoyez par la suite sevrer la sédation progressivement jusqu'à l'obtention d'un score à l'échelle de RASS entre 0 et -1 (réveillée, calme ou somnolente) selon la tolérance de M^{me} Cloutier. L'équipe souhaite changer le mode ventilatoire pour celui de la ventilation spontanée (VS) dès que M^{me} Cloutier sera en mesure de déclencher sa respiration adéquatement dans le but de procéder à une extubation dès que possible.

RASS - source : Brien et al. (1)

Dans le présent article, il est proposé d'explorer le rôle infirmier au sein de l'équipe interprofessionnelle lorsqu'une personne est ventilée mécaniquement dans un département d'urgence. L'ensemble des surveillances et interventions proposées doit être réalisé selon un travail concerté entre les membres de l'équipe interprofessionnelle constituée de l'infirmière, de l'inhalothérapeute et du médecin. Une communication soutenue, des prises de décisions partagées, une coordination et une cohésion entre ces différents professionnels sont essentielles pour assurer des soins de qualité à la personne ventilée. Ainsi, afin d'outiller adéquatement le personnel infirmier d'urgence, cet article couvrira les buts de la VM, les paramètres et les principaux modes ventilatoires chez l'adulte, les surveillances et les interventions infirmières auprès d'une personne ventilée mécaniquement, ainsi que les activités de surveillance et de prévention des complications liées à la ventilation mécanique.

LA VENTILATION MÉCANIQUE

Buts de la ventilation mécanique

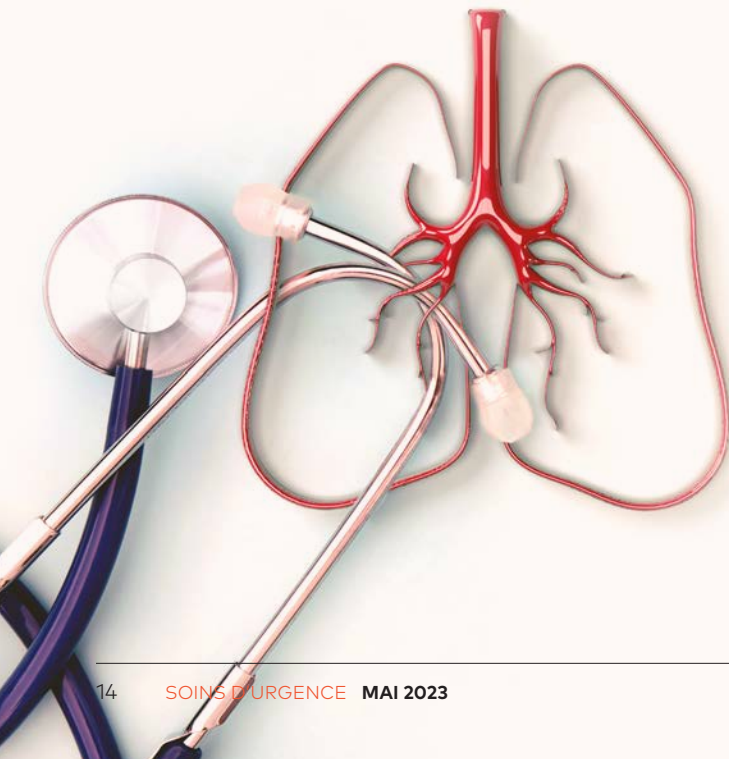
Le but premier de la VM est de prendre en charge partiellement ou complètement la ventilation d'une personne lorsque requis par son état clinique (p. ex., hypoxémie sévère, incapacité de protéger ses voies respiratoires, instabilités hémodynamiques) (3). Comparativement à la ventilation non invasive (VNI) où l'assistance ventilatoire est administrée via un masque (p. ex., pression positive à deux niveaux [BiPAP]), la VM est plutôt administrée de façon invasive via un tube endotrachéal (TET) ou une canule trachéale (3,4). Ces tubes permettent d'accéder directement aux voies respiratoires (p. ex., aspirer les sécrétions et effectuer une bronchoscopie), de sceller les voies respiratoires grâce à leur ballonnet et font office de tuyau pour l'administration des respirations (p. ex., pression, oxygène) fournies par le respirateur (5).

Le respirateur est, quant à lui, un appareil d'assistance qui module notamment le volume, la pression, le temps et le débit auquel sera administrée l'inspiration. L'expiration, quant à elle, implique plutôt un mécanisme passif (3,5). La VM se fait par pression positive, où l'air est « poussé » dans les voies respiratoires. Ceci diffère de la respiration normale qui se fait par pression négative (6). Les buts de la VM sont donc de protéger les voies respiratoires, d'améliorer l'insuffisance respiratoire hypoxémique et/ou hypercapnique, de diminuer le travail respiratoire, de soulager la détresse respiratoire et de favoriser la redistribution du flot du sang des muscles inspiratoires vers les autres tissus lorsque les personnes soignées sont en choc (3,5).

Paramètres sur le respirateur

Lors de l'initiation de la VM, différents paramètres sont réglés au respirateur, notamment la fraction inspirée d'oxygène (FiO₂), la pression expiratoire positive (PEP), la fréquence respiratoire (FR) et le volume courant (Vc). Le Tableau 1 présente ces différents paramètres. Ceux-ci permettent d'ajuster la ventilation, l'élimination du gaz carbonique et favorisent l'oxygénation du sang artériel. À noter que la ventilation concerne les échanges des molécules de gaz carbonique et implique l'entrée et la sortie de l'air des poumons. L'oxygénation correspond plutôt à l'absorption de l'oxygène et sa diffusion dans la circulation sanguine (3). Certains paramètres doivent être ajustés afin de fournir une ventilation minute adéquate pour répondre à la demande métabolique, tout en minimisant le risque de complications iatrogènes, tel qu'un pneumothorax (3). Par conséquent, il est important de surveiller la mesure de la pression partielle en gaz carbonique (PaCO₂) qui reflète l'efficacité de la ventilation, ainsi que la pression partielle en oxygène (PaO₂) qui représente l'oxygénation.

Deux principaux paramètres peuvent être notamment ajustés pour améliorer l'oxygénation de la personne ventilée mécaniquement, soit la FiO₂ et la PEP. Ces deux paramètres peuvent être réglés à la hausse ou à la baisse selon les résultats de la gazométrie et de la SpO₂ visés. La FiO₂ représente la fraction ou le pourcentage d'oxygène présent dans le mélange gazeux qui est administré à la personne (6). Plus la FiO₂ est élevée (p. ex., 50 %, 60 %, 70 %), plus la proportion d'oxygène dans le mélange gazeux administré par le respirateur l'est également. La FiO₂ la plus basse doit être visée pour atteindre les objectifs d'oxygénation, et ce, afin d'éviter les effets secondaires de l'hyperoxie (concentration élevée d'oxygène) et de l'oxygénotoxicité qui peut s'en suivre (7,8). En effet, l'administration prolongée d'oxygène à une FiO₂ élevé (> 60 %) peut mener vers de l'atélectasie par dénitrogéna-



tion (atélectasie causée par le remplacement de l'azote dans les poumons par l'oxygène) et à des lésions des voies respiratoires et du parenchyme pulmonaire (7,8). Ainsi, la FiO₂ est généralement ajustée afin de maintenir une SpO₂ ≥ 90 % et une PaO₂ ≥ 60 mm Hg (3,4). Ces complications seront abordées dans la section sur les complications associées à la VM. Quant à la PEP, elle favorise le recrutement alvéolaire et prévient le collapsus alvéolaire en fin d'expiration, ce qui permet d'augmenter la surface pour les échanges gazeux et ainsi améliorer l'oxygénation (3,7).

Quant à la ventilation, les deux principaux paramètres qui pourraient être ajustés afin de l'améliorer sont la fréquence respiratoire (FR) et le volume courant (Vc) (ou *tidal volume* [Vt] en anglais). La FR représente le nombre de respirations par minute. Le Vc représente la quantité d'air insufflé dans les poumons à chaque cycle respiratoire (3,7). Par exemple, l'augmentation de la FR favorise l'expiration du CO₂, donc contribue à sa diminution (9). De même, l'augmentation du Vc favorisent l'expiration du CO₂. Le Vc est déterminé selon le poids idéal prédit de la personne, puisque la taille du parenchyme pulmonaire ne varie pas selon le poids « réel » de la personne, mais bien selon sa taille (voir Encadré 1). Ainsi, afin de prévenir l'apparition de lésions pulmonaires induites par le respirateur, une des stratégies est que le Vc devrait correspondre à 6-8 ml/kg du poids idéal prédit (3,7).

Encadré 1. Le poids idéal prédit

Le poids idéal prédit (P) est calculé à partir de la taille et du sexe de la personne selon la formule suivante :

$P = X + 0,91$ (taille en cm - 152,4)

X = 50 pour les hommes et X = 45,5 pour les femmes

Par exemple : M^{me} Cloutier pèse 52 kg et mesure 157 cm. En suivant la formule présentée ci-dessus, le poids idéal prédit de M^{me} Cloutier est de 49,69 kg.

$P = 45,5 + 0,91 (157 - 152,4) = \mathbf{49,69\ kg}$

Source : (10)

Sur le respirateur, il existe également un paramètre de surveillance pour la ventilation qui est nommé la ventilation minute. Ceci correspond au Vc multiplié par la FR (3,7). Normalement, la ventilation minute varie entre cinq et dix litres par minute (3,7). Elle représente la quantité d'air acheminée dans les poumons par minute (5). Aux fins d'illustration, si la ventilation minute est trop basse, la personne soignée est à risque d'hypoventilation et d'hypercapnie et si la ventilation minute est trop haute, elle est à risque d'hyperventilation et d'hypocapnie (3,7). Dès lors, certains paramètres, tels que la FR et le Vc peuvent être ajustés en conséquence afin de fournir une ventilation minute adéquate pour répondre à la demande métabolique, tout en minimisant le risque de complications iatrogènes tel qu'un pneumothorax (3).

Enfin, il existe d'autres paramètres essentiels à programmer au respirateur (p. ex., débit, trigger, aide inspiratoire) qui sont intimement liés au mode de ventilation prescrit et qui favoriseront également l'oxygénation et la ventilation. Ces paramètres supplémentaires sont expliqués au Tableau 1.

Tableau 1. Description des paramètres relatifs à la ventilation mécanique

TERMES	DESCRIPTION	VALEURS TYPIQUES ¹
À L'INSPIRATION		
FiO₂	- Fraction d'O₂ insufflé à chaque respiration - Permet d'améliorer l'oxygénation - La FiO₂ minimale est de 21%, ce qui correspond à l'air ambiant - La FiO₂ maximale est de 100%	21%-100% (0,21-0,1) *Viser la FiO2 minimale pour atteindre la SpO ₂ et la PaO ₂ souhaitées
Fréquence respiratoire	- Nombre minimal de respirations généré par le respirateur par minute - Permet d'améliorer la ventilation, soit l'élimination du CO₂	6-12 resp./min * Modifiable selon l'état clinique
Volume courant (Vc) Tidal volume (Vt)	- Quantité d'air insufflé à chaque inspiration par le respirateur - Déterminé par le poids idéal prédit (poids théorique basé sur la taille et le sexe) - Permet d'améliorer la ventilation, soit l'élimination du CO₂	6-8 ml/kg du poids idéal prédit
Débit	Vitesse à laquelle le volume courant est administré par le respirateur	60-100 L/min
Trigger	- La pression inspiratoire négative ou le débit inspiratoire qu'une personne ventilée doit générer pour que le respirateur déclenche une respiration - Le seuil de déclenchement peut être modulé au besoin par l'inhalothérapeute afin d'avoir un meilleur synchronisme entre l'effort inspiratoire et la respiration programmée	-1 à -2 cmH2O
Aide inspiratoire	- Pression positive appliquée par le respirateur à l'inspiration lors des respirations spontanées - Permet de soutenir les efforts inspiratoires spontanées et diminue le travail respiratoire.	5-10 cmH2O
À L'EXPIRATION		
PEP	- Pression positive appliquée en fin d'expiration par le respirateur - Permet d'améliorer l'oxygénation en évitant la fermeture des alvéoles, en améliorant le recrutement alvéolaire et en augmentant la capacité pulmonaire	5 - 20 cmH2O

TERMES (suite)	DESCRIPTION	VALEURS TYPIQUES ¹
À L'INSPIRATION ET À L'EXPIRATION		
Rapport inspiratoire/expiratoire (I/E)	Rapport entre la durée d'inspiration et la durée d'expiration	1 : 2 ou 1 : 3
PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE		
Fréquence respiratoire totale	- Nombre total de respirations prises par minute - Elle consiste en la FR programmée additionnée de la FR spontanée.	Par exemple, la FR programmée est à 10 resp./min. et la personne ventilée prend 3 respirations spontanées durant cette minute. La FR totale sera donc de 13 resp./min
Volume minute	- Quantité d'air qui entre dans les poumons par minute - Permet de surveiller l'efficacité de la ventilation et l'élimination du CO₂ - Elle s'obtient en multipliant le Vc par la FR totale	5-10 L/min
Pression de crête	- Le plus haut niveau de pression positive appliquée pendant l'insufflation lors de la ventilation volumétrique - Varie selon la condition clinique de la personne (≥ 35 cmH₂O = élevée si aucune pathologie respiratoire). Dans un contexte d'asthme, de maladie pulmonaire obstructive (MPOC) et de syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA), la valeur peut être « cliniquement » élevée	S'assurer qu'elle est stable et constante
Pression de plateau	- Représente la pression nécessaire pour maintenir le volume programmé dans les poumons - Si trop élevée, il y a un risque de surdistension alvéolaire	Ne doit pas dépasser 30 cmH ₂ O

¹ Ces valeurs sont à titre indicatif seulement. Selon les situations cliniques, celles-ci peuvent varier. | Sources : (3,4,7,12,54,55)

Modes de ventilation

Une fois la séquence d'intubation terminée, voir l'article de Paquette et al. (2), l'approche thérapeutique dépendra du scénario clinique (3). Différents modes de ventilation sont possibles. Le mode de ventilation et les paramètres initiaux programmés sur le respirateur sont déterminés et ajustés par l'équipe. Ceux-ci sont déterminés en fonction des besoins de la personne sous VM, des causes de l'insuffisance respiratoire, des objectifs de la ventilation mécanique, des comorbidités de la personne et de la gazométrie (4,5).

Les modes de ventilation désignent la façon dont le respirateur est programmé pour ventiler la personne soignée (7,11). Il faut le voir comme le « cerveau » de l'opération. Selon le mode de ventilation, la personne participera plus ou moins activement

à son travail respiratoire. Par exemple, il existe des modes de ventilation qui permettent à la personne de respirer de façon spontanée et autonome, alors que d'autres modes impliquent que la respiration soit complètement prise en charge par le respirateur (11). Il est important de préciser que l'appellation des différents modes de ventilation peut différer selon les fabricants qui ont conçu les respirateurs (12).

Comme il existe plusieurs modes de ventilation, les auteurs de cet article ont décidé de présenter les plus communs, soit : 1) le mode de ventilation assistée contrôlée (VAC), 2) le mode de ventilation assistée contrôlée intermittent (VACI), 3) le mode de ventilation contrôlée à régulation de pression (VCRP) et 4) le mode de ventilation spontanée (VS). Le Tableau 2 présente ces différents modes de ventilation.

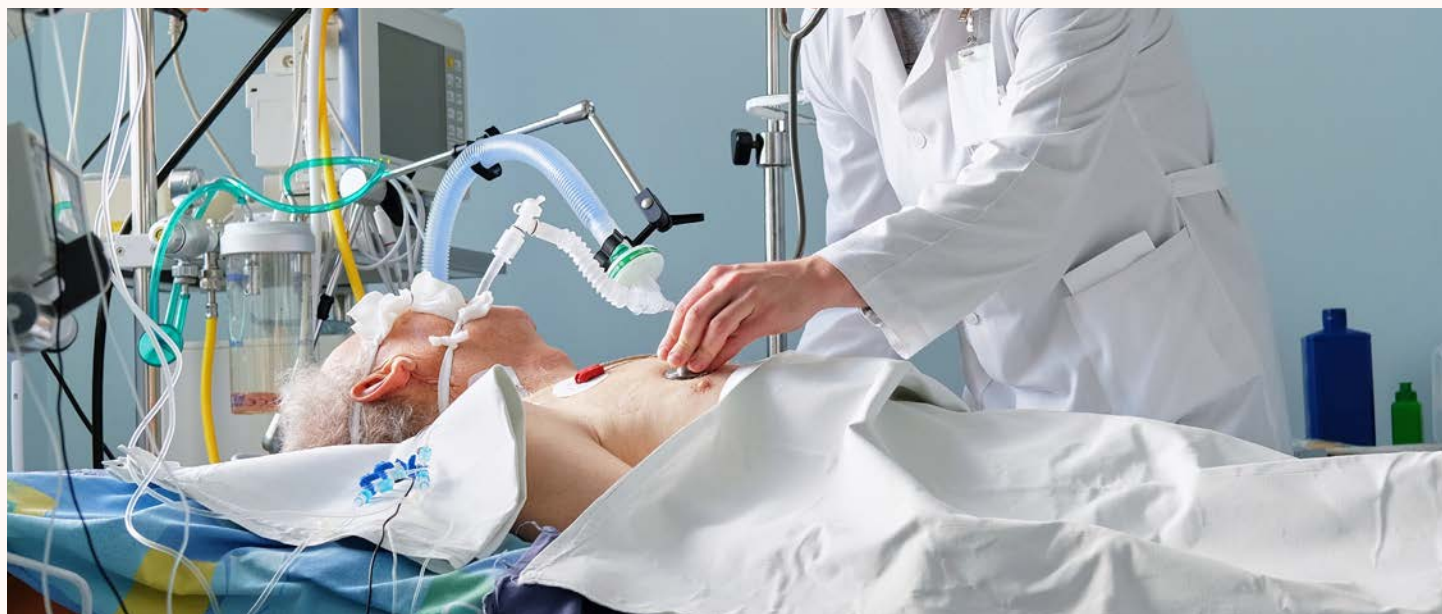


Tableau 2. Modes de ventilation

MODE DE VENTILATION ¹	DÉFINITION
MODE DE VENTILATION ASSISTÉE CONTRÔLÉE (VAC)	
Ventilation à volume contrôlé (VVC)	Mode de ventilation avec une fréquence respiratoire prédéterminée impliquant l'administration d'un volume courant prééglé. Lors des respirations spontanées, le volume courant prééglé est donné, on parle ici d'une respiration assistée. Éléments de surveillances infirmières spécifiques : ■ La fluctuation de la pression de crête ■ La ventilation minute, car risque d'hyperventilation et d'hypocapnie ■ Un Vc administré à 6-8 ml/kg du poids idéal prédit : risque d'un volutraumatisme
Ventilation à pression contrôlée (VPC)	Mode de ventilation avec une fréquence respiratoire prédéterminée impliquant l'administration d'une pression prééglée. Lors des respirations spontanées, la pression prééglée est donnée, on parle ici d'une respiration assistée. Éléments de surveillances infirmières spécifiques : ■ La ventilation minute, car risque d'hypoventilation et d'hypercapnie ■ Le volume courant généré, car risque d'hypoventilation relié à la variabilité du volume administré ■ Les manifestations d'un barotraumatisme : les pressions élevées dans les voies respiratoires augmentent ce risque
MODE DE VENTILATION ASSISTÉE CONTRÔLÉE INTERMITTENTE (VACI)	
Ventilation à volume contrôlé (intermittent) (VVC) OU Ventilation à pression contrôlée (intermittent) (VPC)	VVC : le respirateur délivre un volume courant prédéfini selon un débit constant et une fréquence prédéterminée. Lors des respirations spontanées, le respirateur ne délivre pas le volume courant prédéterminé. La personne est « responsable » de son effort respiratoire. VPC : le respirateur fournit une pression prédéfinie à une fréquence respiratoire prééglée pendant un temps donné. Lors des respirations spontanées, le respirateur ne délivre pas la pression programmée. La personne est « responsable » de son effort respiratoire. *À noter que dans les deux cas, une aide à l'inspiration (AI) peut être ajoutée pour faciliter l'effort de la personne. Éléments de surveillances infirmières spécifiques : ■ L'hypoventilation, si la fréquence respiratoire et le volume courant généré lors des respirations spontanées sont inefficaces : possibilité d'ajouter une aide inspiratoire au besoin ■ La fluctuation de la pression de crête pour le mode VVC
MODE DE VENTILATION À PRESSION CONTRÔLÉE (VCRP)	
Ventilation contrôlée à régulation de pression (VCRP)	Mode de ventilation avec une fréquence respiratoire prédéterminée impliquant l'administration d'un volume selon un niveau de pression régulé en fonction des résistances des voies respiratoires. Le volume est appliqué selon les mêmes modalités lors des respirations spontanées. Éléments de surveillances infirmières spécifiques : ■ Le travail respiratoire de la personne, car l'assistance respiratoire peut diminuer si l'effort inspiratoire du patient augmente (c.-à-d., mauvaise interprétation des données par l'algorithme) ■ La fluctuation de la pression de crête ■ La ventilation minute, car risque d'hyperventilation et d'hypocapnie ■ Un Vc administré à 6-8 ml/kg du poids idéal prédit
MODES DE VENTILATION SPONTANÉE (VS)	
Aide inspiratoire (AI)	Mode de ventilation où la fréquence respiratoire et le volume courant sont contrôlés par la personne. Toutes les respirations sont spontanées, toutefois elles peuvent être supportées avec une aide inspiratoire. L'aide inspiratoire (AI) consiste en une pression positive administrée à l'inspiration spontanée de la personne. Elle peut varier de 6 à 22 cmH₂O. Une AI à 6-7 cmH₂O peut être considérée comme si la personne était en mesure de respirer adéquatement sans le respirateur. Éléments de surveillances infirmières spécifiques : ■ La ventilation minute, car risque d'hypoventilation ou d'hyperventilation ■ Les signes de fatigue respiratoire (p. ex., tachypnée, bradypnée, tirage diaphorèse, tachycardie, hausse de la tension artérielle)

¹À noter qu'un choix délibéré a été fait par les auteur.es de cet article pour la sélection des modes de ventilation. D'ailleurs, d'autres modalités et appellations existent selon les fabricants de respirateurs. | Sources: (6,7,9,12,14,55,56)

1) Mode de ventilation assistée contrôlée (VAC)

Le mode de ventilation assistée contrôlée (VAC) procure un grand niveau d'assistance respiratoire, ainsi le travail respiratoire est principalement assuré par le respirateur. Ce mode permet non seulement au respirateur de générer des cycles respiratoires prédéterminés à une FR imposée, il permet également à la personne ventilée de déclencher elle-même un cycle respiratoire suivant une respiration spontanée (7,12). Or, lorsque le cycle respiratoire est déclenché par la personne, elle reçoit tout de même le Vc prédéterminé ou la pression prééglée (7,12). La phase inspiratoire est donc déclenchée soit par le temps (respiration

contrôlée) ou par la personne (respiration assistée) (7,12). Le mode de ventilation VAC a l'avantage de diminuer le travail respiratoire de la personne ventilée. Il faut toutefois demeurer à l'affût d'une ventilation excessive, notamment lorsque la FR augmente pour des causes non respiratoires comme un état fébrile (6).

2) Mode de ventilation assistée contrôlée intermittente (VACI)

Le mode de ventilation assistée contrôlée intermittente (VACI) est similaire au mode VAC à l'exception du moment où la personne ventilée mécaniquement initie une respiration spontanée (7,12). En effet, en mode VACI, la personne ventilée peut également

déclencher un cycle respiratoire entre deux cycles obligatoires, toutefois il n'y aura pas de Vc ou de pression prédéterminée qui sera administré par le respirateur (7,12). Le patient est « autonome » dans sa respiration spontanée. Cependant, afin d'aider la personne à maintenir son effort inspiratoire et contrer la résistance du TET, une aide inspiratoire (AI) peut être ajoutée au besoin (7,12) (voir le Tableau 2).

Pour les modes VAC et VACI, la phase inspiratoire est maintenue jusqu'à l'atteinte d'un volume courant prédéfini (ventilation à volume contrôlé [VVC]) ou d'une pression prédéfinie (ventilation à pression contrôlée [VPC]) (7,12). L'avantage de la ventilation volumétrique (VVC) est que l'on peut s'assurer d'atteindre une ventilation minute prédéterminée qui est stable (7,12). Toutefois, il faudra s'assurer de surveiller la pression dans les voies respiratoires qui pourrait s'élever, et ce, tout dépendant la compliance et la résistance présente (7). En ventilation barométrique (pression), la phase inspiratoire sera maintenue jusqu'à l'atteinte d'une pression prééglée dans les voies respiratoires (7,12). Cela a l'avantage de pouvoir contrôler la pression présente dans les voies respiratoires des personnes ventilées et protéger contre les barotraumatismes (7,12). Toutefois, il a le désavantage de ne pas pouvoir cibler une ventilation minute précise, puisqu'ici le Vc ne peut pas être prédéterminé ni contrôlé (7,12).

3) Mode de ventilation contrôlée à régulation de pression (VCRP)

Une autre possibilité est d'utiliser le mode de ventilation contrôlée à régulation de pression (VCRP). Selon ce mode, le Vc est administré à la plus basse pression possible selon les résistances des voies respiratoires de la personne (6,12,13). Il s'agit d'un mode adaptatif où le ventilateur utilise une méthode de retour d'information à chaque respiration afin d'ajuster en permanence la pression délivrée pour atteindre le Vc déterminé (14). De façon semblable aux autres modes de ventilation (c.-à-d., VAC), si la personne initie une respiration de façon spontanée, le volume courant prééglé sera administré tel que programmé. Cependant, des risques de sous-assistance du respirateur peuvent survenir en raison d'une mauvaise interprétation de l'effort respiratoire de la personne (14,15).

4) Mode de ventilation spontanée (VS)

Le mode de ventilation spontanée (VS) peut être utilisé chez les personnes ventilées qui sont capables d'initier des efforts inspiratoires en quantité suffisante pour assurer leur propre travail respiratoire (7,12). Dans ce cas-ci, le travail respiratoire est partagé entre la personne ventilée et le respirateur. Il n'y a pas, par exemple, de FR ni de Vc programmé (7,12). Ainsi, la personne contrôle sa FR, son Vc et son débit inspiratoire. Une fois que la personne déclenche une respiration, une pression inspiratoire prédéfinie (aide inspiratoire) est maintenue pendant toute l'inspiration afin de soutenir ses efforts (7,12). Si la limite du nombre d'alarmes d'apnée ou la durée maximale de l'apnée sont atteintes, un mode de secours est enclenché, afin que la personne puisse continuer d'être ventilée (7).

RÔLE INFIRMIER

Les personnes dans un état critique qui sont sous VM à l'urgence présentent un taux de mortalité élevé (17-19). Selon une revue systématique (17), une hausse du nombre de personnes ventilées mécaniquement à l'urgence qui attendent un lit dans une USI est constatée. La durée moyenne de leur séjour à l'urgence variait entre 1,3 à 8,8 heures et il a été souligné que la durée de leur



Suite

de la mise en situation

Après le rapport interservice, vous vous rendez à la civière de M^{me} Cloutier. Celle-ci présente un score de -5 (non réveillable) sur l'échelle d'agitation et de sédation de Richmond (RASS), un résultat de 0/8 (négatif) à l'échelle comportementale de douleur (CPOT). Au respirateur, elle est sous le mode de ventilation assistée contrôlée (VAC) ; ventilation à volume contrôlé (VVC). Vous remarquez qu'elle n'initie aucune respiration.

Elle ne présente aucun signe de détresse respiratoire. Elle est toutefois hypotendue (PA 88/55 mm Hg) depuis l'initiation de la ventilation mécanique. Ses autres signes vitaux sont dans les limites de la normale. M^{me} Cloutier est actuellement sous perfusion de Propofol et de Fentanyl. Vous décidez d'aviser le médecin au sujet de l'épisode d'hypotension.

CPOT – source : (16)

VM, le séjour dans l'USI et leur taux de mortalité étaient aussi augmentés (19). De façon à améliorer les résultats auprès de cette clientèle et prévenir les complications, l'intégration d'interventions basées sur les résultats probants est proposée (p. ex., calculer le poids idéal prédit, élévation de la tête de lit, prodiguer des soins de bouche, abaisser la sédation) (9). Ces interventions sont répertoriées au Tableau 3. Même si la personne ventilée mécaniquement demeure à l'urgence, il est possible de mettre en place une surveillance clinique et des interventions pour diminuer le risque de complication et la durée de la VM.

Les services d'urgence sont des environnements où les décisions sont influencées par une restriction de temps, par un contexte où de nombreux patients présentant des conditions médicales diverses requièrent des soins simultanément (20). Ainsi certaines composantes du rôle infirmier sont davantage sollicitées en présence d'une personne ventilée mécaniquement à l'urgence. La surveillance clinique, la gestion de la sédation-analgésie, la prévention et la gestion du délirium ainsi que la prévention des complications associées à la VM sont notamment mises de l'avant (21,22).

Surveillance clinique de la personne ventilée mécaniquement à l'urgence

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier, est une activité réservée des infirmières (23). Plus précisément, la surveillance clinique exercée par les infirmières consiste en un processus de vigilance issu d'action mentale et comportementale relevant de la collecte, l'analyse et l'interprétation des données (24). Le but étant de détecter précocement une problématique chez la personne, puis de prendre une décision pour réduire le risque de complications (24).

Ainsi, lorsque l'infirmière est responsable d'une personne ventilée mécaniquement à l'urgence, elle doit notamment assurer la surveillance complète du système respiratoire (c.-à-d., inspection, palpation, percussion, auscultation), la surveillance de la SpO₂, du CO₂ expiré (ETCO₂) et des résultats de gazométrie (6,12).

Tableau 3. Prévention des complications associées à la ventilation mécanique

INTERVENTIONS	EXPLICATIONS
FAVORISER LE SEVRAGE DE LA VENTILATION MÉCANIQUE	
Viser une sédation minimum tout en favorisant le confort et le soulagement de la douleur : ■ Soulager la douleur avant d'utiliser la sédation ■ Utiliser des échelles validées pour évaluer la sédation, la douleur et le délirium : ▪ RASS (sédation) : fréquemment, selon la cible visée ▪ CPOT (douleur) aux 4 heures ou PRN ▪ CAM-ICU (délirium) aux 8 heures ■ Tenter d'éveiller la personne soignée (pour évaluer la nécessité de la sédationner)	■ Éviter une sursédation ■ Permettre d'extuber le plus rapidement possible et ainsi diminuer l'ensemble des complications liées à la VM
■ Si l'état clinique de la personne le permet et avec l'accord du médecin, se coordonner avec l'inhalothérapeute pour faire des tentatives de respirations spontanées lors de la diminution de la sédation	■ Permettre d'extuber le plus rapidement possible et ainsi diminuer l'ensemble des complications liées à la VM
■ Maintenir un bilan ingéré/excrété (I/E)	■ Éviter la surcharge pulmonaire
PRÉVENTION POUR LES LÉSIONS INDUITES PAR LE RESPIRATEUR	
■ Identifier le poids idéal prédit et aviser l'équipe de soins ■ S'assurer avec l'équipe de soins d'une ventilation de protection ($V_c = 6-8$ cc/kg du poids idéal prédit)	■ Risque d'hyperinsufflation et de volutraumatisme ■ Les lésions peuvent entraîner un pneumothorax ou une réaction inflammation pouvant mener à un SDRA
■ Surveiller la fluctuation ou la hausse de la pression de crête et aviser, le cas échéant	■ Risque de barotraumatisme ■ Les lésions peuvent entraîner un pneumothorax ou une réaction inflammation pouvant mener à un SDRA
■ S'assurer de maintenir une FiO_2 pour une SpO_2 visée $\geq 90\%$ et une $PaO_2 \geq 60$ mmHg	■ Éviter l'hyperoxie et l'oxygénotoxicité
PRÉVENTION DES PNEUMONIES ACQUISES SOUS VENTILATION	
■ Intubation à l'aide d'un TET muni d'un système d'aspiration subglottique pour toute personne dont la durée de la VM est de plus de 48-72 heures	■ Diminue le risque d'aspiration de la salive dans l'arbre bronchique
■ Maintien de la tête de lit élevée à 30-45 degrés	■ Diminue les risques de micro aspirations des sécrétions de l'œsophage vers les bronches
■ Mobilisation précoce ■ Mobilisation passive ■ Mobilisation au lit ■ Lever au fauteuil ou mobilisation à l'extérieur du lit	■ Contribue au maintien de la force musculaire : capacité à dégager ses voies respiratoires et à respirer de façon autonome ■ La faiblesse musculaire est associée à une durée de VM prolongée
■ Soins de bouche ■ Brossage des dents quotidien	■ Diminue l'accumulation de plaque dentaire et le risque de contamination de l'oropharynx NB : L'usage de la chlorhexidine et la décontamination systématique ne sont plus recommandés*, car : → Augmente le risque de mortalité → Augmente le risque de résistance aux antibiotiques → Augmente la prévalence du C. difficile
■ Aspiration endotrachéale à circuit fermé (p. ex., trackcare)	■ Aspiration endotrachéale à effectuer au besoin seulement, par exemple : → Toux inefficace → Détresse respiratoire soudaine → Sécrétions visibles → Etc.
■ Alimentation parentérale (gavage) ■ Administration en l'absence de contre-indications pour toute personne dont l'intubation est susceptible de perdurer au-delà de 48 heures	■ Maintien l'état nutritionnel et prévient la dénutrition ■ Maintien la force et la musculature ■ Assure la protection gastro-intestinale ■ Prévient la translocation bactérienne ■ Préférable à la nutrition parentérale

Sources : (21,34,43,59-62)



Suite de la mise en situation

Vous effectuez la surveillance de M^{me} Cloutier qui est maintenant sous ventilation mécanique depuis plus de deux heures. Vous constatez un CPOT qui est toujours négatif à 0/8, ainsi qu'un RASS à -3 ce qui correspond à un mouvement des paupières sans contact visuel à l'appel. Tous les éléments de la surveillance de la fonction respiratoire, ainsi que les signes vitaux sont dans les limites de la normale. Vous remarquez également que M^{me} Cloutier prend parfois des respirations spontanées.

Vous décidez d'abaisser progressivement la sédation en diminuant la perfusion de Propofol et vous obtenez rapidement un RASS à -1 (état de somnolence). Vous vous assurez d'accompagner M^{me} Cloutier lors de sa période d'éveil progressive en prenant le temps de la réorienter et de lui exposer les raisons de son intubation. M^{me} Cloutier demeure calme et le résultat de l'échelle d'évaluation de la confusion mentale pour les soins intensifs (CAM-ICU) est négatif. Vous contactez l'inhalothérapeute afin de tenter la ventilation spontanée (VS).

Les symptômes tels que la dyspnée, la toux, l'asynchronisme avec le respirateur (moment où la respiration programmée ne concorde pas avec la respiration spontanée) peuvent survenir et doivent être relevés, le cas échéant. La présence de dyspnée peut être attribuée à une détérioration de la fonction respiratoire ou au mode et aux paramètres du respirateur qui sont inadéquats pour la personne (22). La perméabilité des voies respiratoires (p. ex., l'entrée d'air, le positionnement du TET, la présence de sécrétions) est un élément de surveillance, au même titre que la surveillance de l'état respiratoire (22). Considérant les différentes lésions pouvant être occasionnées par le respirateur, l'infirmière doit être à l'affût des signes de barotraumatisme et de volutraumatisme, où dans les deux cas, la résultante est un pneumothorax (9). Les manifestations cliniques les plus importantes d'un pneumothorax sont l'asymétrie de la respiration, la désaturation, la dyspnée, la déviation de la trachée et l'apparition d'emphysème sous-cutané (25).

Des alarmes liées à la pression et au volume délivré peuvent également être déclenchées sur le respirateur (12). En effet, les pressions de pointe et de plateau font partie des éléments de surveillance clinique, voir le Tableau 1 (3). La pression de pointe est le plus haut niveau de pression positive pendant l'insufflation et varie selon la condition pulmonaire de la personne. Par exemple, elle sera plus élevée en présence d'un problème de compliance pulmonaire comme le *status asthmaticus* (3). La pression de pointe doit être stable et idéalement sous 35 cmH₂O (3). La pression de plateau reflète, quant à elle, la pression exercée sur les alvéoles et elle est mesurée en instaurant une pause à l'inspiration via une manipulation du respirateur. Il est recommandé qu'elle soit maintenue sous les 30 cmH₂O (3).

En ce qui concerne les surveillances liées à l'appareillage, il faut vérifier le niveau d'insertion du TET à l'arcade dentaire, ainsi que la solidité de la fixation pour éviter un déplacement du tube. La pression du ballonnet témoin doit également être vérifiée régulièrement à l'aide d'un manomètre (pression visée entre 20-30 cmH₂O) (3). Une pression excessive peut entraîner des lésions au niveau de la trachée, alors qu'une pression insuffisante peut causer des fuites, augmenter le risque d'aspiration et d'extubation (25).

Par ailleurs, étant donné qu'une instabilité hémodynamique peut survenir en raison de l'état clinique de la personne, mais également en lien avec l'augmentation de la pression intrathoracique instaurée lors de l'amorce de la VM, la surveillance des paramètres vitaux est nécessaire (6). En effet, les différentes pressions positives appliquées par le respirateur (p. ex., la PEP) entraînent une augmentation de la pression intrathoracique, ce qui à son tour diminue le retour veineux vers le cœur, ainsi que la précharge, augmentant donc le risque d'hypotension (4,6). Justement, dans la situation de M^{me} Cloutier, l'infirmière a remarqué une hypotension suite à l'amorce de la ventilation mécanique. L'infirmière doit aussi considérer que la sédation, en l'occurrence le propofol et le fentanyl, sont aussi susceptibles d'abaisser la tension artérielle. En pareilles circonstances, le médecin doit être avisé. Un bolus de soluté ou l'administration d'un vasopresseur pourraient être envisagés (26).

Gestion de la sédation-analgésie

La gestion de la sédation-analgésie est une composante importante de la prise en charge d'une personne ventilée mécaniquement. L'état d'éveil et les comportements de la personne doivent être observés pour être à l'affût notamment, de l'estompement de la curarisation qui nécessitera probablement l'ajustement de la sédation-analgésie. Il s'agit également d'identifier la survenue de signes d'anxiété ou d'agitation et d'en explorer les causes pour initier les bonnes interventions (22). La personne ventilée peut ressentir de la panique et se sentir étouffée surtout lorsque l'effet de la sédation et de la curarisation s'estompe. Il est aussi probable que cette personne puisse vouloir communiquer pour exprimer ses besoins (27). De même, l'infirmière doit considérer que la personne ventilée peut présenter une amnésie des événements (22).

La douleur ou l'agitation, qu'elles soient associées à la condition de la personne, aux interventions réalisées à l'urgence ou à l'inconfort lié au TET et à la VM, doivent être gérés par de l'analgésie et de la sédation (voir Encadré 2 et 3). Il est important de bien soulager la douleur ou l'agitation, car elles peuvent induire des réactions de stress influençant l'état clinique de la personne (p. ex., tachycardie, polypnée), augmenter sa consommation d'oxygène aggravant une hypoxie déjà présente, ainsi qu'un stress psychologique à long terme (28,29). En pareilles circonstances, il peut être nécessaire de diminuer son anxiété et son agitation (28). Les infirmières jouent un rôle clé dans la surveillance clinique des personnes sous sédation (30). La reconnaissance du besoin et l'administration de sédation doivent être encadrées par des échelles validées, ainsi que par la prescription d'un état d'éveil visé (30). Les échelles les plus recommandées sont l'échelle d'agitation et de sédation de Richmond (RASS), l'échelle de sédation-agitation de Riker et la *Sedation Agitation Scale* (SAS) (28). Il est préconisé de recourir à une sédation légère plutôt que profonde et viser un RASS entre « -2 » (diminution légère de la vigilance) et « 0 » (alerte et calme) ou un équivalent selon l'échelle utilisée (28,31).

Le niveau de sédation ciblé pour répondre convenablement aux besoins et à l'état clinique de la personne soignée doit être déterminé en équipe. L'administration de la sédation doit être judicieusement fixée, car elle est reconnue pour prolonger la ventilation mécanique, augmenter la durée d'hospitalisation, le séjour aux soins intensifs, la prévalence du délirium, des dysfonctions cognitives prolongées et de la mortalité (32). Or, les pratiques de sédation apparaissent sous-optimales donnant lieu à de la

sur-sédation et à de la sous-sédation avec les complications qui y sont associées (33,34). Enfin, il importe de mentionner que le soulagement de la douleur doit toujours précéder l'administration d'un sédatif (28,31).

Encadré 2. Molécules de premier choix pour la sédation

Le Propofol et la Dexmédétomidine (Précédex) sont les molécules de premier choix pour le maintien de la sédation. Alors que l'utilisation des benzodiazépines n'est pas recommandée en raison du risque de délirium.

- **Propofol** : permet une sédation plus profonde et de courte durée d'action. Extubation plus rapide.
- **Dexmédétomidine** : permet de conserver un meilleur contact avec la personne sédationnée, diminution de l'incidence du délirium et une extubation plus rapide.

Sources : (28,29)

En ce qui concerne la douleur, Devlin et al. (28) expliquent qu'elle est courante chez la clientèle dans un état critique, et ce, tant au repos que lors de procédures médicales (p. ex., installation de cathéters) ou de routine (p. ex., mobiliser au lit). Pour toute personne capable de communiquer, l'auto-évaluation de la douleur à l'aide de l'échelle numérique ou à l'aide de l'échelle visuelle analogue demeure la méthode la plus précise (28). Pour les personnes incapables de communiquer leur douleur, des échelles comportementales sont recommandées (28, 31). Ces échelles sont la *Behavioral Pain Scale* (BPS) ainsi que la *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) (28,31,36,37). Il est recommandé d'évaluer la douleur minimalement toutes les quatre heures ainsi qu'avant une procédure douloureuse (28,31). La variation des signes vitaux ne doit pas être utilisée comme unique indicateur de la douleur, puisqu'il y a trop de variables reliées à la condition clinique de la personne, ce qui peut entraîner une interprétation erronée de la douleur (28).

Encadré 3. Molécules de premier choix pour l'analgésie

- Les molécules de première intention dans le soulagement de la douleur chez la clientèle sous ventilation mécanique sont les opioïdes (p. ex., fentanyl ou morphine).
- L'administration de l'acétaminophène ou de la kétamine en concomitance permet de diminuer la dose d'opioïdes et d'en diminuer les effets secondaires.

Source : (28)

De façon générale, il est recommandé de recourir à des protocoles standardisés pour soutenir les choix, l'évaluation et la titration de la médication tant pour la gestion de la douleur que de la sédation (28). Ces protocoles proposent notamment une démarche en étapes, des choix plus judicieux de molécules, des arrêts quotidiens de la médication et des évaluations systématiques qui contribuent à la diminution des doses de sédation-analgésie. De surcroît, nombre de paramètres sur le respirateur peuvent être ajustés pour favoriser le confort de la personne ventilée mécaniquement et éviter une administration excessive de sédation-analgésie. L'infirmière se doit d'en discuter avec l'équipe soignante composée du médecin et de l'inhalothérapeute.

Enfin, l'utilisation des contentions physiques auprès des personnes ventilées mécaniquement reste controversée (28). De nombreuses raisons sont évoquées pour justifier leur utilisation, dont améliorer la sécurité de la personne soignée, prévenir l'auto-extubation, le délogement du TET, le retrait de dispositif médical, contrôler le comportement des personnes soignées, protéger le personnel contre les personnes combatives et prévenir les chutes (28). Paradoxalement, un nombre plus élevé d'événements est rapporté lorsqu'il y a recours aux contentions

Suite de la mise en situation

On vous avise que le transfert de M^{me} Cloutier vers l'USI est retardé de plusieurs heures faute de lits disponibles. Dans un souci d'optimiser la qualité des soins qui sont offerts à celle-ci, vous mettez en places des interventions infirmières prioritaires en lien avec la réduction des complications associées à la ventilation mécanique. De cette façon, vous contribuez à une diminution de la durée de la ventilation mécanique et aux complications qui lui sont associées.

physiques. Ces événements incluent des extubations non planifiées et des réintubations fréquentes, un retrait involontaire plus important des dispositifs, un allongement de la durée de séjour dans l'USI, une augmentation de l'agitation, de l'usage de benzodiazépines, d'opioïdes et d'antipsychotiques et un risque accru de délirium ou de désorientation (28). Dans une revue systématique sur les lignes directrices concernant le recours aux contentions physiques, il est recommandé de diminuer leur utilisation au minimum (38). Pour guider le processus décisionnel, les auteurs recommandent d'identifier les facteurs d'influence, par exemple, il faut tenir compte du contexte (p. ex., surpopulation à l'urgence, pas de visuel sur la personne) et des conditions individuelles de la personne (p. ex., agitation) (38). Autrement, il est proposé de consulter les procédures de votre établissement.

Prévention et gestion du délirium

Le délirium est une manifestation réversible d'un dysfonctionnement cérébral aigu, caractérisé par un début soudain et une évolution fluctuante de la conscience, de l'attention, de la cognition et de la perception (39). Il nuit aux objectifs de la VM, augmente la durée d'hospitalisation et peut entraîner une atteinte cognitive persistante (28). Il importe donc de le dépister adéquatement et rapidement à l'aide d'échelles validées et adaptées, telles que le *Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit* (CAM-ICU) ou l'*Intensive Care Delirium Screening Checklist* (ICDSC) (28,40). Ces échelles sont plutôt adaptées pour les USI, toutefois sachant qu'un délirium peut survenir à tout moment, l'infirmière devrait procéder au dépistage du délirium à toutes les 8 à 12 heures (28).

Encadré 4. Molécules de premier choix pour le délirium

Parmi les traitements pharmacologiques pouvant être utilisés dans le traitement du délirium, on retrouve la Dexmédétomidine ainsi que les antipsychotiques de première génération (p. ex., Halopéridol) et de deuxième génération (p. ex., Quétiapine). Le choix de la molécule dépendra des signes et symptômes présentés par la personne.

Source : (28)

Bien que le traitement pharmacologique systématique du délirium ne soit pas recommandé (voir Encadré 4), plusieurs stratégies visant à en réduire l'incidence peuvent être mises en place par les infirmières, et ce, dès l'urgence. Entre autres l'infirmière d'urgence peut veiller au maintien d'une sédation minimale, de même que de mettre en place des stratégies favorisant le repos et le sommeil. Par exemple, tamiser les lumières, réduire les bruits ambiants, regrouper les soins et favoriser le port de bouchons d'oreille durant la nuit (28,41). Favoriser le sommeil est particulièrement important, puisque le manque de sommeil induit l'anxiété, de l'agitation et est un facteur prédisposant important du délirium (22).

Enfin, la personne ventilée a probablement besoin de communiquer ses craintes, ses besoins, sa détresse, ce qu'elle ne peut pas faire en raison du TET. Quelques stratégies peuvent aider, comme l'établissement d'un mode de communication, rester auprès de la personne, ainsi que fournir des explications suffisantes pour aider à rompre le cycle d'anxiété et de frustrations et amoindrir les besoins en sédation-analgésie (22). Une attitude calme, parler lentement et prendre le temps d'interagir avec la personne peuvent faire également une différence (22).

Prévention des complications associées à la ventilation mécanique

Un ensemble de soins et de surveillances est consacré à la prévention des complications liées à la VM. En effet, elle peut entraîner des lésions liées entre autres à l'hyperoxie, à l'hyperinflation et aux pneumonies acquises sous VM (9,11,21). Ces complications sont regroupées sous le terme « événements associés à la ventilation mécanique » (EAVM) (21). Les personnes ventilées mécaniquement dans les services préhospitaliers d'urgence et les services d'urgence connaissent un taux de mortalité élevé et sont exposées à un risque élevé de lésions pulmonaires induites par la ventilation et du syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA ou ARDS en anglais) (9,18). En guise d'explication, il apparaît que la recherche, la formation et la pratique clinique concernant la VM dans les services d'urgence seraient historiquement moins explorées comparativement à ce qui se fait dans les USI (9).

Lésions pulmonaires induites par le respirateur

Un étirement excessif et une sur distension pulmonaire jouent un rôle dans les lésions pulmonaires induites par la ventilation (9). Le volutraumatisme causé par un volume excessif entraîne une sur distension des alvéoles causant des dommages aux jonctions des cellules et aux membranes cellulaires (9). Le barotraumatisme se produit lorsque les pneumocytes sont endommagés en raison d'une augmentation de la pression (9). Alors que l'atélectraumatisme résulte de la séquence répétitive du recrutement et de l'effondrement des alvéoles entre les respirations en raison de la réduction de la compliance (9). Au même titre, l'hyperoxie entraîne la formation de radicaux libres (déchets toxiques) causant aussi des lésions dans le parenchyme pulmonaire.

Tous ces éléments peuvent générer une réaction inflammatoire dans les voies respiratoires susceptible d'aboutir à un SDRA. Ainsi, diverses recommandations sont émises pour diminuer ces complications et assurer un meilleur rétablissement des personnes soignées. Tel que présenté précédemment, il est recommandé de ventiler avec un faible volume courant (6-8 ml/kg du poids idéal prédit) et éviter des pressions inspiratoires trop élevées (p.ex., viser une pression de plateau < 30 cmH₂O). Une gestion conservatrice des fluides et un minimum de transfusions sanguines permettent également de minimiser le transfert de liquide dans les poumons lors d'un processus inflammatoire (9,21). Bien que certaines interventions relèvent de la juridiction médicale, l'infirmière peut contribuer à différents niveaux. Le Tableau 4 présente un aide-mémoire pour la surveillance clinique des personnes ventilées mécaniquement.

Tableau 4. Aide-mémoire pour la surveillance clinique d'une personne ventilée mécaniquement

SURVEILLANCE CLINIQUE DE LA PERSONNE

- Éveil et niveau de conscience
- Douleur avec une échelle validée
- Délirium avec une échelle validée
- Paramètres vitaux
- Surveillance du système respiratoire (inspection, percussion, palpation, auscultation)
- Auscultation : entrée d'air bilatérale, murmures vésiculaires, bruits adventices (p. ex., présence de sécrétions, bronchospasme)
- Gazométrie, SpO₂, ETCO₂
- Réaction à la ventilation : inconfort dû au TET, dyspnée/détresse respiratoire/effort inspiratoire/asynchronisme
- TET situé à combien de cm à l'arcade dentaire
- Fixation du TET
- Ballonnet témoin visuellement bien gonflé (à confirmer avec manomètre)
- Tube oropharyngé ou nasopharyngé bien positionné et perméable

SURVEILLANCES AU NIVEAU DU RESPIRATEUR OU DE L'APPAREILLAGE

- La concordance de la prescription avec la programmation sur le respirateur
- Surveiller les alarmes au respirateur : apnée, haute ou basse pression, volume minute bas ou volume minute haut
- La fluctuation de la pression de crête et de la pression de plateau si disponible
- Fréquence respiratoire totale
- Rythme de la respiration
- Volume courant généré
- Disponibilité d'une succion murale avec tube, canule yankauer (buccal rigide), débitmètre avec l'embout vert, ballon masque complet (filtre antibactérien HEPA), canules oropharyngées et nasopharyngées (grandeurs courantes) au chevet de la personne ventilée

Sources : (12,57,58)

Pneumonie acquise sous ventilation

Incorporée dans les EAVM, la pneumonie acquise sous ventilation mécanique est l'une des plus importantes complications (21). Il s'agit d'une complication infectieuse localisée dans les poumons et liée à la ventilation mécanique et qui apparaît entre 48-72 heures après l'intubation (21). Plusieurs critères sont nécessaires dont, la présence de fièvre, une élévation de globules blancs et des cultures des sécrétions positives à un agent pathogène. Ainsi,



Suite

de la mise en situation

Après votre tournée, vous rédigez les notes au dossier concernant M^{me} Cloutier. Suite à la diminution de la perfusion de Propofol, M^{me} Cloutier présente un RASS à 0. Elle est alerte, établit un contact visuel et répond par signe de tête aux questions. Elle se dit non souffrante, mais elle est incommodée par le TET. Vous lui donnez des explications quant à sa condition clinique. Elle assiste le respirateur pour une fréquence respiratoire totale de 24 respirations/minute (4 respirations spontanées / minutes). Pas d'asynchronisme. À l'auscultation pulmonaire, les murmures vésiculaires sont diminués aux bases et des ronchis sont audibles au lobe inférieur droit. Toux efficace, sécrétions blanchâtres peu abondantes objectivables. Tube orogastrique en drainage libre, liquide verdâtre drainé. Visite de l'inhalothérapeute. Ce dernier a été avisé de l'éveil de M^{me} Cloutier, de la réduction de la perfusion de sédatif et le fait que M^{me} Cloutier assiste fréquemment le respirateur.

dès le moment de l'intubation, des interventions doivent être mises en œuvre par les infirmières de l'urgence. Par exemple, notons l'élévation de la tête de lit à plus de 30 degrés, les soins de bouche, et le drainage des sécrétions subglottiques (voir Tableau 4).

En accord avec ce qui a été présenté précédemment dans cet article, il faut également miser sur la réduction de la sédation et mobiliser précocement la personne pour maintenir un tonus musculaire et limiter les effets iatrogéniques de la VM et de la sédation afin de pouvoir extuber la personne soignée le plus rapidement possible (43).

RÔLE INFIRMIER DANS L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE

La complexité des soins requis à la personne ventilée nécessite une prise en charge en interdisciplinarité (44). Dans ce contexte, les soins sont donnés par une équipe de différents professionnels avec un chevauchement d'expertises et une appréciation pour la contribution unique de chacun des membres de l'équipe, dans un but commun d'offrir des soins de qualité et sécuritaires (45). Ainsi, les activités de chacun des membres de l'équipe sont effectuées en interdépendance, c'est-à-dire qu'il existe une dépendance mutuelle entre les différents membres de l'équipe (46). L'interdépendance est primordiale dans les soins de santé, car une seule personne ne peut accomplir exclusivement des soins holistiques et efficaces aux personnes (46). Or, l'infirmière exerce des activités qui permettent de rallier les différents membres de l'équipe, d'assurer une continuité de soins et que collectivement tout a été fait pour la personne ventilée mécaniquement (47). Elle exerce un véritable travail d'articulation soutenant un travail d'équipe efficace susceptible d'apporter des résultats positifs pour les personnes ventilées mécaniquement. En partageant ses constats d'évaluation, en prenant part aux décisions, en transmettant des informations aux autres membres de l'équipe, en prenant le temps d'évaluer et de connaître cette personne dont elle a la responsabilité, elle peut faire une différence (47).

Enfin, les inhalothérapeutes n'étant pas en présence continue, il revient à l'infirmière d'assurer la continuité de la surveillance et d'intervenir lorsque nécessaire (23,48). Conséquemment, l'infirmière doit être en mesure d'analyser les alarmes qui pourraient apparaître sur le respirateur, afin de pouvoir intervenir adéquatement (49,50).

Par exemple, les alarmes peuvent être liées à des pressions basses (p. ex., déconnexion du circuit), à des pressions élevées (p. ex., la personne mord le TET), à l'apnée, etc. (12), voir le Tableau 1 pour plus de détails.

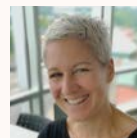
La famille

Comme l'infirmière est au chevet de la personne durant l'ensemble des soins prodigués, elle établit rapidement un lien de confiance avec la personne soignée et la famille, ce qui lui permet d'accueillir et d'accompagner cette dernière et lui permettre de verbaliser ses craintes et poser ses questions. Elle a un rôle clé pour aider les membres de la famille de la personne ventilée mécaniquement à gérer le stress important généré par la situation de santé précaire de leur proche (51). À cet effet, l'infirmière doit favoriser le rôle actif de la famille auprès de la personne ventilée mécaniquement, valoriser la collaboration avec celle-ci et maintenir une communication ouverte et franche avec les membres de la famille (51,52). De plus, pour réduire le stress des proches, il est important de prendre le temps de les informer sur la situation de santé de la personne ventilée mécaniquement, sur les procédures à venir ou en cours et de répondre à leurs questions (51,53).

CONCLUSION

Les soins à la personne ventilée mécaniquement sont complexes et doivent conséquemment être menés par une équipe interprofessionnelle où chaque membre contribue selon son champ d'exercices, ses connaissances et ses compétences. La compréhension des paramètres sur le respirateur, des modes de ventilation, des surveillances et des interventions associées permettent à l'infirmière de contribuer activement aux soins d'une personne ventilée mécaniquement et déployer par le fait même son rôle dans l'équipe interprofessionnelle. En effet, l'infirmière joue un rôle clé auprès des personnes ventilées mécaniquement et ses interventions et surveillances assurent une prise en charge adéquate ainsi qu'un meilleur devenir pour celles-ci. Ses contacts soutenus et réguliers lui permettent aussi de prévenir les complications possibles et d'impliquer la famille en leur fournissant les informations requises pour bien comprendre la situation de santé de leur proche sous VM. Elle fait partie de l'équipe de soins et son expertise et son suivi rigoureux de la personne ventilée mécaniquement justifient l'importance de son implication au sein de cette équipe. 🍀

LES AUTEUR.ES



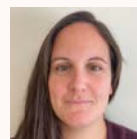
Lysane Paquette

inf., Ph. D.
Professeure adjointe, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
lysane.paquette@uqo.ca



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat en sciences infirmières, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
Professeure adjointe, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais



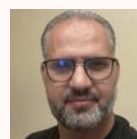
Marie-Lyne Lemieux

inf., M. Éd.
Conseillère en soins infirmiers, volets cardiologie, soins coronariens et soins intensifs, CISSS des Laurentides



Valérie Lebel

inf., Ph. D.
Professeure agrégée, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais



Mohamed Ait Si M'hamed

inh., M. Sc.
Chef des activités respiratoires, Hôpital Lachine
Chef du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD), Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

AIDE FINANCIÈRE

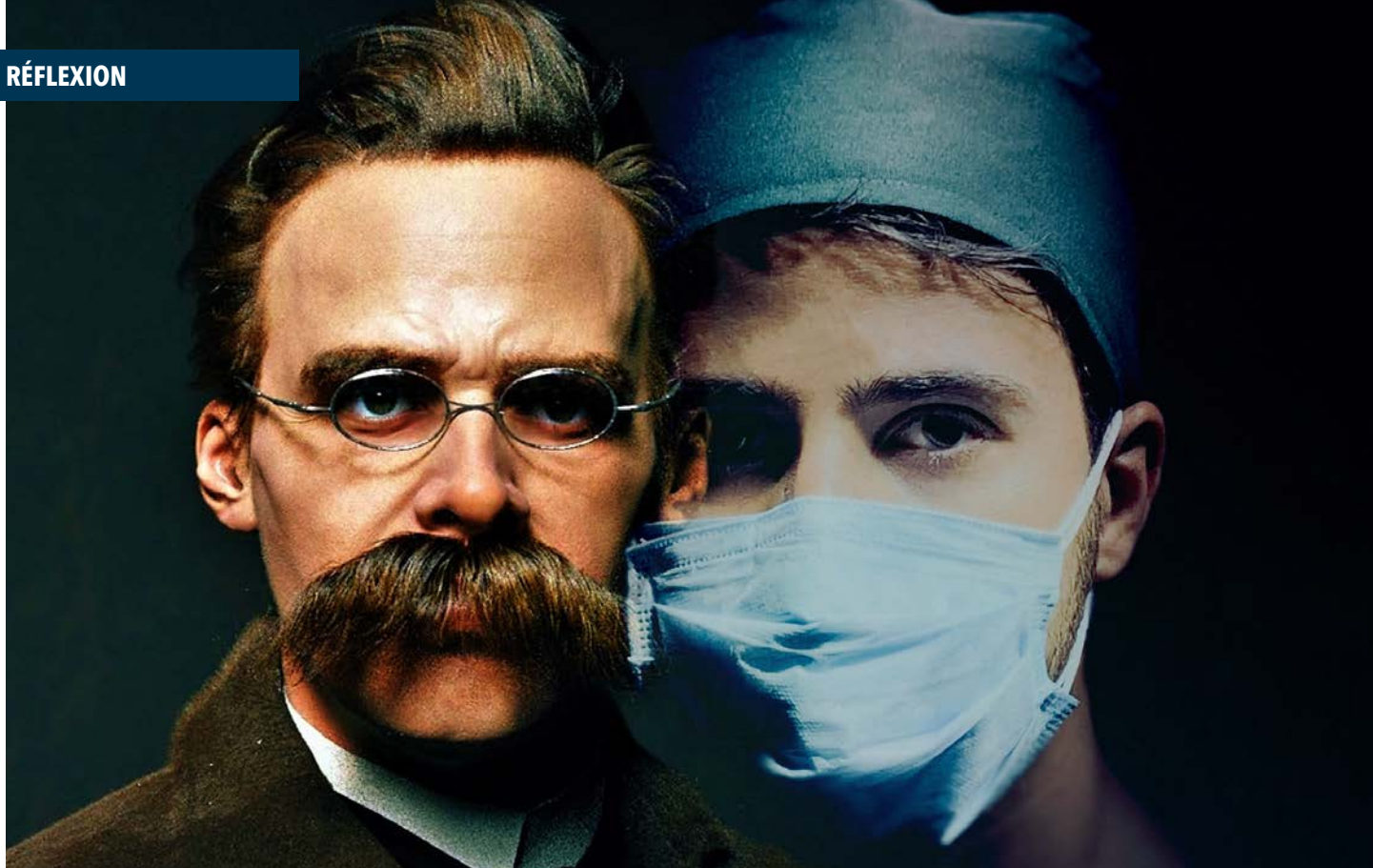
Les auteur.es n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteur.es déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Il est toutefois à mentionner que Gabriela Peguero-Rodriguez est la rédactrice en chef adjointe de la revue *Soins d'urgence*, mais celle-ci n'a pas contribué à l'évaluation de cet article.

RÉFÉRENCES

- Brien LA, Houle J, Milhomme D, Tanguay A. Soins critiques. (2^e éd.). Adaptation française de Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Critical care nursing : diagnosis and management. (7th ed.). Montréal: Chenelière éd; 2021.
- Paquette L, Peguero-Rodriguez G, Lemieux ML, Lebel V, Ait Si M'hamed M. L'intubation chez l'adulte à l'urgence: une séquence à respecter (partie 1). Soins d'urgence. 2022 Nov 3(2):13-24.
- Hou P, Baez AA. Mechanical ventilation of adults in the emergency department. Up to Date. 2022. https://www.uptodate.com.proxybiblio.uqo.ca/contents/mechanical-ventilation-of-adults-in-the-emergency-department?search=mechanical%20ventilation%20in%20emergency&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Fichtner F, Moerer O, Weber-Carstens S, Nothacker M, Kaisers U, Laudi S, Guideline group. Clinical Guideline for Treating Acute Respiratory Insufficiency with Invasive Ventilation and Extracorporeal Membrane Oxygenation: Evidence-Based Recommendations for Choosing Modes and Setting Parameters of Mechanical Ventilation. Respiration. 2019;98(4):357-372. doi: 10.1159/000502157.
- Walter JM, Corbridge TC, Singer BD. Invasive Mechanical Ventilation. South Med J. 2018 Dec;111(12):746-753. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000905.
- Brown B, Roberts J. Principles of artificial ventilation. Clinical Anaesthesia. 2018 20(2): 72-84. doi: 10.1016/j.mpaic.2016.01.008
- Hess DR, Kacmarek RM. Essentials of Mechanical Ventilation. 4e éd. New York: McGraw Hill Education; 2019.
- Malhotra A, Schwartzstein RM. Adverse effects of supplemental oxygen. Up to date. 2022. https://www.uptodate.com.proxybiblio.uqo.ca/contents/adverse-effects-of-supplemental-oxygen?search=Mechanical%20ventilation%20of%20adults%20in%20the%20emergency%20department&topicRef=277&source=see_link
- Stephens RJ, Siegler JE, Fuller BM. Mechanical Ventilation in the Prehospital and Emergency Department Environment. Respir Care. 2019 May;64(5):595-603. doi: 10.4187/respcare.06888.
- Landry J. Ventilation vs. Oxygenation vs. Respiration (Explained); 2022. <https://www.respiratorytherapyzone.com/ventilation-vs-oxygenation/>
- Bayram B, Şancı E. Invasive mechanical ventilation in the emergency department. Turk J Emerg Med. 2019 Mar 29;19(2):43-52. doi: 10.1016/j.tjem.2019.03.001.
- Ordre Professionnel des Inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). Prise en charge du patient adulte ventilé assisté. 2014. https://www.opiq.qc.ca/wp-content/uploads/2014/01/OPIQ_Guide_PatientVentileAssiste_VF1.pdf
- Maquet Getinge Group. MODES DE VENTILATION SERVO-i version 5.0 INVASIVE ET NON INVASIVE. ND. http://www.afiteb.be/cari-boost_files/Servoi_modes_20de_20ventilation_VF.pdf
- Singh G, Chien C, Patel S. Pressure Regulated Volume Control (PRVC): Set it and forget it? Respir Med Case Rep. 2019 Mar 8;29:100822. doi: 10.1016/j.rmcr.2019.03.001.
- Jaber S, De Jong A, Pelosi P, Cabrin L, Reigner J, Lascarrou JB. Videolaryngoscopy in critically ill patients. Crit Care. 2019 Jun 17;23(1):221. doi: 10.1186/s13054-019-2487-5.
- Gélinas C, Rémy J, Gagné L, Desjardins S, Chabot MP, Vaillant F, Allard MC. LE CPOT Évalue la douleur de patients adultes inconscients. Perspective Infirmière. 2015 Avril 12(2): 48-53.
- Boudi Z, Lauque D, Alsabri M, Östlundh L, Onyeji C, Khaledsky A, Lojo Rial C, W Liu S, A Camargo CJr, Aburawi E, Moekel M, Slagman A, Christ M, Singer A, Tazarouite K, Rathlev NK, A Grossman S, Bellou A. Association between boarding in the emergency department and in-hospital mortality: A systematic review. PLoS One. 2020 Apr 15;15(4):e0231253. doi: 10.1371/journal.pone.0231253.
- Fuller BM, Mohr NM, Dettmer M, Kennedy S, Cullison K, Bavolek R, Rathert N, McCammon C. Mechanical ventilation and acute lung injury in emergency department patients with severe sepsis and septic shock: an observational study. Acad Emerg Med. 2013 Jul;20(7):659-69. doi: 10.1111/acem.12167.
- Mohr NM, Wessman BT, Bassin B, Elie-Turenne MC, Ellender T, Emlet LL, Ginsberg Z, Gunnerson K, Jones KM, Kram B, Marcolini E, Rudy S. Boarding of critically ill patients in the emergency department. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020 Jul 17;1(4):423-431. doi: 10.1002/emp2.12107.
- Flenady T, Dwyer T, Applegarth J. Explaining transgression in respiratory rate observation methods in the emergency department: A classic grounded theory analysis. Int J Nurs Stud. 2017 Sep;74:67-75. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.001
- Klompas M, Branson R, Cawcutt K, Crist M, Eichenwald EC, Greene LR, Lee G, Maragakis LL, Powell K, Priebe GP, Speck K, Yokoe DS, Berenholtz SM. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. Infect Control Hosp Epidemiol. 2022 Jun;43(6):687-713. doi: 10.1017/ice.2022.88.
- Michaud M, Gagnon M, Jacob JD, Lewis K. Rôle de l'infirmière lors de la prise en charge d'une personne ventilée aux soins intensifs : une revue narrative. The Canadian Journal of Critical Care Nursing. 2021 32(1):20-26. doi: 10.5737/23688653-3222029
- Durand S, Harvey B, D'Anjou H. Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières. 2016. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaa05-af1d-680a-9be1-29fc-de8075e3>
- Milhomme D, Gagnon J, Lechasseur K. Processus de surveillance clinique en soins critiques. Perspective infirmière. 2018;15(5):40-45.
- Burns SM, Delgado SA. American Association of Critical Care Nurses: Essentials of Critical Care Nursing (4e éd.). New York: McGraw-Hill Medical; 2018.
- De Jong A, Myatra SN, Roca O, Jaber S. How to improve intubation in the intensive care unit. Update on knowledge and devices. Intensive Care Med. 2022 Oct;48(10):1287-1298. doi: 10.1007/s00134-022-06849-0.
- Michaud MS, Gagnon M. Rappel explicite d'une ventilation mécanique : une analyse conceptuelle Rech Soins Infirm. 2018 Mar;132:38-53. doi: 10.3917/rsi.132.0038.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, Watson PL, Weinhouse GL, Nunnally ME, Rochweg B, Balas MC, van den Boogaard M, Bosma KJ, Brummel NE, Chanques G, Denehy L, Drouot X, Fraser GL, Harris JE, Joffe AM, Kho ME, Kress JP, Lanphere JA, McKinley S, Neufeld KJ, Pisani MA, Payen JF, Pun BT, Puntillo KA, Riker RR, Robinson BRH, Shehabi Y, Szumita PM, Winkelman C, Centofanti JE, Price C, Nikayin S, Misak CJ, Flood PD, Kiedrowski K, Alhazzani W. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018 Sep;46(9):e825-e873. doi: 10.1097/CCM.0000000000003299.
- Chanques G, Gélinas C. Monitoring pain in the intensive care unit (ICU). Intensive Care Med. 2022 Oct;48(10):1508-1511. doi: 10.1007/s00134-022-06807-w.
- Randen I, Bjørk IT. Sedation practice in three Norwegian ICUs: a survey of intensive care nurses' perceptions of personal and unit practice. Intensive Crit Care Nurs. 2010 Oct;26(5):270-7. doi: 10.1016/j.iccn.2010.06.006.
- Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. Crit Care Clin. 2017 Apr;33(2):225-243. doi: 10.1016/j.ccc.2016.12.005.
- Zilberberg MD, Nathanson BH, Ways J, Shorr AF. Characteristics, Hospital Course, and Outcomes of Patients Requiring Prolonged Acute Versus Short-Term Mechanical Ventilation in the United States, 2014-2018. Crit Care Med. 2020 Nov;48(11):1587-1594. doi: 10.1097/CCM.0000000000004525.
- Pisani MA, Devlin JW, Skrobik Y. Pain and Delirium in Critical Illness: An Exploration of Key 2018 SCCM PADIS Guideline Evidence Gaps. Semin Respir Crit Care Med. 2019 Oct;40(5):604-613. doi: 10.1055/s-0039-1698809.
- Zhang L, Hu W, Cai Z, Liu J, Wu J, Deng Y, Yu K, Chen X, Zhu L, Ma J, Qin Y. Early mobilization of critically ill patients in the intensive care unit: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2019 Oct;14(10):e0223185. doi: 10.1371/journal.pone.0223185.
- Chanques G, Constantin JM, Devlin JW, Ely EW, Fraser GL, Gélinas C, Girard TD, Guérin C, Jabaudon M, Jaber S, Mehta S, Langer T, Murray MJ, Pandharipande P, Patel B, Payen JF, Puntillo K, Rochweg B, Shehabi Y, Strom T, Olsen HT, Kress JP. Analgesia and sedation in patients with ARDS. Intensive Care Med. 2020 Dec;46(12):2342-2356. doi: 10.1007/s00134-020-06307-9.
- Gélinas C, Harel F, Fillion L, Puntillo KA, Johnston CC. Sensitivity and specificity of the critical-care pain observation tool for the detection of pain in intubated adults after cardiac surgery. J Pain Symptom Manage. 2009 Jan;37(1):58-67. doi: 10.1016/j.jpain-symman.2007.12.022.
- Joffe AM, McNulty B, Boitro M, Marsh R, Gélinas C. Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in brain-injured critically ill adults. J Crit Care. 2016 Dec;36:76-80. doi: 10.1016/j.jccr.2016.05.011.
- Cui N, Zhang Y, Li Q, Tang J, Li Y, Zhang H, Chen D, Jin J. Quality appraisal of guidelines on physical restraints in intensive care units: A systematic review. Intensive Crit Care Nurs. 2022 Jun;70:103193. doi: 10.1016/j.iccn.2021.103193.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e éd. Arlington : American Psychiatric Publishing; 2013.
- Gélinas C, Bérubé M, Chevrier A, Pun BT, Ely EW, Skrobik Y, Barr J. Delirium Assessment Tools for Use in Critically Ill Adults: A Psychometric Analysis and Systematic Review. Crit Care Nurse. 2018 Feb;38(1):38-49. doi: 10.4037/ccn2018633.
- Sahawneh F, Boss L. Non-pharmacologic interventions for the prevention of delirium in the intensive care unit: An integrative review. Nurs Crit Care. 2021 May;26(3):166-175. doi: 10.1111/nicc.12594.
- Mitchell BG, Russo PL, Cheng AC, Stewardson AJ, Rosebrock H, Curtis SJ, Robinson S, Kiernan M. Strategies to reduce non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia: A systematic review. Infect Dis Health. 2019 Nov;24(4):229-239. doi: 10.1016/j.idh.2019.06.002.
- Ouellette RD, Patel S, Girard TD, Morris PE, Schmidt GA, Truitt JD, Alhazzani W, Burns SM, Epstein SK, Esteban A, Fan E, Ferrer M, Fraser GL, Gong MN, Hough CL, Mehta S, Nanchal R, Pawlik AJ, Schweickert WD, Sessler CN, Ström T, Kress JP. Liberation From Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults: An Official American College of Chest Physicians/American Thoracic Society Clinical Practice Guideline: Inspiratory Pressure Augmentation During Spontaneous Breathing Trials, Protocols Minimizing Sedation, and Noninvasive Ventilation Immediately After Extubation. Chest. 2017 Jan;151(1):166-180. doi: 10.1016/j.chest.2016.10.036.
- Xyrixich A, Lowton K, Rafferty AM. Accomplishing professional jurisdiction in intensive care: An ethnographic study of three units. Soc Sci Med. 2017 May;181:102-111. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.03.047.
- Donovan AL, Aldrich JM, Gross AK, Barchas DM, Thornton KC, Schell-Chaple HM, Gropper MA, Lipshutz AKM; University of California, San Francisco Critical Care Innovations Group. Interprofessional Care and Teamwork in the ICU. Crit Care Med. 2018 Jun;46(6):980-990. doi: 10.1097/CCM.0000000000003067.
- Huth C, Kelly B, Van Sell SL. Interdependence: A Concept Analysis. Int J Nurs Clin Pract 2017 4 (2017); 225. doi: 10.15344/2394-4978/2017/225
- Paquette L. Mise en œuvre du rôle d'infirmières de soins intensifs lors du sevrage de la ventilation mécanique : une étude de cas multiples. 2022. Thèse. Université de Montréal. Document inédit.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). Plan directeur de l'examen et des compétences de la spécialité. 2017. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/exam_blueprint_and_specialty_competencies_critical_care_fr_jan2019.pdf
- Santos CD, Nascimento ERP, Hermida PMV, Silva TGD, Galetto SGDS, Silva NJCD, Salum NC. Good nursing practices towards patients on invasive mechanical ventilation in hospital emergency. Escola Anna Nery. 2020 24(2):e20190300. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0300
- Elliott S, Morrell-Scott N. Care of patients undergoing weaning from mechanical ventilation in critical care. Nursing Standard. 2017; 32(13):41-51. doi: 10.7748/ns.2017.e10854
- Lebel V, Charette S. Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review. Crit Care Nurse. 2021 Feb 1;41(1):32-44. doi: 10.4037/ccn2021188.
- DeKeyser Ganz F, Yihye G, Beckman N. Family-centered communication and acute stress in Israeli intensive care units. Am J Crit Care. 2019;28(4):274-280.
- Blom H, Gustavsson C, Sundler AJ. Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients: a phenomenological study. Intensive Crit Care Nurs. 2013;29(1):1-8.
- Fuentes S, Chowdhury YS. Fraction of Inspired Oxygen. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560867/>
- Quimet Perrin K, Edgerly MacLeod C. Understanding the Essentials of Critical Care Nursing. Boston : Pearson; 2018.
- Fernando SM, Fan E, Rochweg B, Burns KEA, Brochard LJ, Cook DJ, Walkey AJ, Ferguson ND, Hough CL, Brodie D, Seely AJE, Thiruganasambandamoorthy V, Perry JJ, Tran A, Tanuseputro P, Kyeremanteng K. Lung-Protective Ventilation and Associated Outcomes and Costs Among Patients Receiving Invasive Mechanical Ventilation in the ED. Chest. 2021 Feb;159(2):606-618. doi: 10.1016/j.chest.2020.09.100.
- Harrington D, Verville-Fiset J. Manuel de référence Thérapie respiratoire. ND. <https://ecampusontario.pressbooks.pub/tr1anneel/>
- Lamontagne F, Meade MO, Hébert PC, Asfar P, Lauzier F, Seely AJE, Day AG, Mehta S, Muscedere J, Bagshaw SM, Ferguson ND, Cook DJ, Kanji S, Turgeon AF, Herridge MS, Subramanian S, Lacroix J, Adhikari NKJ, Scales CD, Fox-Robichaud A, Skrobik Y, Whitlock RP, Green RS, Koo KKY, Tanguay T, Magder S, Heyland DK; Canadian Critical Care Trials Group. Higher versus lower blood pressure targets for vasopressor therapy in shock: a multicentre pilot randomized controlled trial. Intensive Care Med. 2016 Apr;42(4):542-550. doi: 10.1007/s00134-016-4237-3.
- Letvin A, Kremer P, Silver PC, Samih N, Reed-Watts P, Kollef MH. Frequent Versus Infrequent Monitoring of Endotracheal Tube Cuff Pressures. Respir Care. 2018 May;63(5):495-501. doi: 10.4187/respcare.05926.
- Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, Hiesmayr M, Mayer K, Montejo JC, Pichard C, Preiser JC, van Zanten ARH, Oczkowski S, Szczeklik W, Bischoff SC. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clin Nutr. 2019 Feb;38(1):48-79. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.037.
- Kalanuria AA, Ziai W, Mirski M. Ventilator-associated pneumonia in the ICU. Crit Care. 2014 Mar 18;18(2):208. doi: 10.1186/cc13775.
- Taylor BE, McClave SA, Martindale RG, Warren MM, Johnson DR, Braunschweig C, McCarthy MS, Davanos E, Rice TW, Cresci GA, Gervasio JM, Sacks GS, Roberts PR, Compher C; Society of Critical Care Medicine; American Society of Parenteral and Enteral Nutrition. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). Crit Care Med. 2016 Feb;44(2):390-438. doi: 10.1097/CCM.0000000000001525.



Avancer en temps de crise du réseau de la santé :

Nietzsche et le surpassement de l'infirmière en soi

par **Pawel Krol**

« Que te dit ta conscience? – Tu dois devenir celui que tu es! » (1, p. 288)

En temps de crise, comme celle provoquée par la pandémie de la COVID-19 ou par la pression constante sur les infirmier.ères due au manque d'effectifs et au débordement des urgences, nous avons peu de temps pour réfléchir sur notre réalité de pratique et sur nous-mêmes dans ces conditions (2). Souvent, ce sont les frustrations, les souffrances et parfois le désespoir qui sont les premières émotions à émerger afin d'évacuer la pression et le tourment.

Lorsque nous réfléchissons sur notre expérience en ces temps de crise, nous manquons parfois de mots ou de structure pour faire de l'ordre dans ce qui traine dans nos pensées et émotions. Certes, il y a le possible recours à certaines théories infirmières pour tenter de nous orienter dans ces réalités difficiles et guider nos pratiques. Toutefois, dans la quête d'une théorie qui puisse nous orienter, notre **discipline professionnelle** – et notre pratique conséquente – a étrangement évacué la place de l'*infirmier.ère* (3). En effet, la discipline a placé seulement quatre concepts au centre d'intérêt de notre pratique : le soin, la personne soignée, la santé et l'environnement, tel que l'a conceptualisé Jacqueline Fawcett (4)

et les nombreux auteur.es qui l'ont suivie (3). Toutefois, depuis les années 2000, plusieurs chercheurs ont réfuté la proposition de Fawcett. En effet, pour Paley, Meleis, Risjord, Chinn et Kramer et Bender, les quatre concepts ne peuvent à eux seuls adresser la complexité des pratiques (et vécus) des infirmier.ères (5-9). Il faut donc replacer l'*infirmier.ère* au centre de la discipline et de la pratique, et ce retour à l'*infirmier.ère* ne passe pas uniquement par la théorie, mais surtout par la philosophie et l'éthique.

Réfléchir cette crise philosophiquement : la surpasser à partir du vécu de l'infirmier.ère

« Qu'est-ce que la liberté? C'est avoir la volonté de répondre de soi. C'est être indifférent aux chagrins, aux duretés, aux privations, à la vie même. » (10, p. 209)

Les écrits de Nietzsche (qui fut infirmier au front en 1870) peuvent être considérés comme un métissage entre **philosophie** et psychologie. Selon lui, les expériences de la vie, comme être infirmier.ère, constituent un mélange complexe de joies et de

deuils. Toutefois, cette dichotomie engendre de la confusion et peut devenir source de **nihilisme** (c.-à-d., une perte de sens dans nos valeurs), surtout en période d'incertitude et de grands bouleversements. Ici, Nietzsche suggère à l'être de *s'aimer* et *s'admirer* sans chercher des réponses précises à ses expériences de souffrance, car il est peu probable d'y arriver. Face à cette difficulté, Nietzsche explique qu'il faut voir tout moment de sa vie, ou de pratique infirmière, comme un début de la réalisation de soi qui intègre une compréhension, aussi imparfaite soit-elle, du passé (ses expériences) et du futur à venir. Pour Nietzsche, l'être ne peut demeurer dans un état d'incompréhension : il lui faut avancer. L'être existe dans un continuum de création de sens de soi lié à son passé-présent-futur. Ainsi, *exister* débute à chaque instant de la vie et chacun a la capacité de changer ses interprétations d'une part, et les choses d'autre part (la distinction est importante). Partant de ce principe, il n'y a plus d'être figé dans le temps, ni dans les interprétations de sa vie. Ainsi, l'être en devenir constant possède la possibilité de changement, de célébration, de consolation et de surpassement.

Pour Nietzsche, chacun devrait s'appropriier sa force unique d'autocréation comme un *chemin à suivre*. Par analogie, l'infirmière devrait accepter le *bon* et le *mauvais* de ses expériences de pratique : aimer la *totalité* même si elle manque parfois cruellement de sens et est souvent source de souffrances. Au contraire, rien ne devrait être regretté et nié, tout est essentiel pour le processus du devenir de soi. Pour aider l'être dans cette tâche d'affirmation de soi, Nietzsche a développé le concept de « l'éternel retour » qui s'apparente à un test, à savoir si chacun peut accepter et aimer son existence telle qu'il l'a interprétée, au mieux de ses forces et connaissances.

L'éternel retour s'articule autour des questions suivantes : « ce que tu interprètes de ta vie ; veux-tu que cela se répète à l'infini ? As-tu la force de supporter cette décision ? » L'éternel retour est donc un moyen d'analyser et de sceller les valeurs, la signification et la responsabilité découlant des interprétations que réalise chacun.e. Ainsi, pour Nietzsche, il faut évaluer et dépasser les interprétations de nos expériences, accepter notre responsabilité et célébrer la vie dans la béatitude, la résilience, l'affirmation, sans regret. Ainsi, en temps de crise, Nietzsche suggère à chacun. une d'avancer vers les possibilités futures qu'il/elle crée en tout temps, l'esprit orienté vers le surpassement de soi. Ici, le passé est incorporé – nos erreurs, pertes, désappointements – et accepté comme force de vie. En face de la perte d'espoir, il faut demeurer déterminé avec fierté.

Il y a donc la nécessité d'une **éthique** personnelle fondée sur l'honnêteté face à soi-même et ses choix puisque nos actions sont l'expression de nos interprétations et valeurs. Évidemment, Nietzsche reconnaît l'immense difficulté de vivre avec une telle honnêteté ; mais elle permet à chacun d'être authentique, vrai et libre. Ainsi, en ces temps de crise, qui risque de durer encore des années (2), à l'instar de plusieurs théories infirmières qui ont évacué la centralité de l'infirmière, l'éthique nietzschéenne replace l'infirmière au centre des pratiques et des expériences de soins. De même, cette éthique demande aux infirmières d'avancer avec honnêteté lucide et la conviction de surpasser les événements difficiles en misant sur soi comme source de force, de réalisation et d'émancipation.

Somme toute, en reprenant la pensée de Nietzsche, les infirmières des urgences sont invitées à continuer à avancer dans le dédale de la crise du système de santé en veillant à porter des interprétations positives et constructives de leurs expériences, focalisant vers le surpassement de soi et la fierté d'avoir accompli un soin infirmier de la plus haute qualité. 📌

LEXIQUE

Discipline professionnelle : champ de la connaissance développé par la recherche et la théorie, vérifié dans la pratique et qui découle des expériences des praticiens et de personnes soignées (3).

Philosophie : elle s'intéresse aux fondements de la connaissance, des discours sur la réalité, et cherche à répondre à des questions que la logique et la science ne peuvent adresser (11).

Nihilisme : état d'esprit qui survient lorsque nos valeurs personnelles et professionnelles n'ont plus de sens et n'apportent pas le bonheur ou la réalisation de soi (12).

Éthique : branche de la connaissance qui fournit des repères pour le choix d'actions qui conviennent à l'être humain ou à la préservation de la santé (13).

L'AUTEUR



Pawel Krol

inf., Ph. D.

Professeur adjoint, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

pawel.krol@fsi.ulaval.ca

RÉFÉRENCES

1. Nietzsche FW, Wotling P. Le gai savoir. Paris (FR) : Flammarion; 2007.
2. Copel LC, Lengetti E, McKeever A, Pariseault CA, Smeltzer SC. An uncertain time: Clinical nurses' first impressions during the COVID-19 pandemic. *Res Nurs Health*. 2022;45(5):537-48. doi:10.1002/nur.22265
3. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S, Ducharme F, Kérouac S, Bourbonnais A. La pensée infirmière. Montréal (QC) : Chenelière Éducation; 2017.
4. Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image J Nurs Sch*. 1984;16(3):84-7. doi:10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x
5. Paley J. Nursing theorists and their work. 6e ed. *Nurs Philo*. 2006;7(4):275-80. doi:10.1111/j.1466-769X.2006.00276.x
6. Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018.
7. Risjord M. Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy. Oxford (UK) : Wiley-Blackwell; 2009.
8. Chinn PL, Kramer MK, Kramer MK, Chinn PL. Knowledge development in nursing: theory and process. St. Louis (MO) : Elsevier Mosby; 2015.
9. Bender M. Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nurs Inq*. 2018;25(3). doi:10.1111/nin.12243
10. Nietzsche F, Jambet C, Albert H. Le crépuscule des idoles : suivi de Le cas Wagner. Paris (FR) : Flammarion; 2017.
11. Krol PJ, Boisvert S. Philosophie, méthode dialectique et théorie critique. *Aporia*; 2017. <https://uottawa.scholarsportal.info/ottawa/index.php/aporia/article/view/2777>
12. Wotling P. Le vocabulaire de Nietzsche. Paris (FR) : Ellipses; 2013.
13. Blondeau D. Éthique et soins infirmiers. 2e ed. Montréal (QC) : Les Presses de l'Université de Montréal; 2013.



RÉSERVEZ LA DATE

SAVE THE DATE

5 AU 9
JUIN
2024

JUNE 5TH
TO 9TH

AIUQ



**NENA
ANIIU**

CONGRÈS CONJOINT
NENA – AIIUQ
HILTON LAC-LEAMY, QC
GATINEAU, QUÉBEC
À 20 minutes d'Ottawa, ON

PRÉCONGRÈS
5 ET 6 JUIN
CONGRÈS
7 AU 9 JUIN

JOINT CONFERENCE
NENA – AIIUQ
HILTON LAC-LEAMY, QC
GATINEAU, QUEBEC
20 minutes away from Ottawa, ON

PRECONFERENCE: JUNE 5TH & 6TH
CONFERENCE: JUNE 7TH TO 9TH



Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or :

une réponse innovante pour améliorer la santé des personnes autochtones vivant en milieu urbain

par **Anne-Renée Delli Colli** et **Koralie Yergeau**

ENTREVUE



Edith Cloutier
C. M., C. Q.
Directrice Générale
Centre d'amitié
autochtone de Val-d'Or



Janet Mark
Conseillère stratégique
à la réconciliation et
à l'éducation autochtone
Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue
(UQAT)



Chantal Paradis
Infirmière
Centre d'amitié
autochtone de Val-d'Or

LES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES EN BREF

Les Centres d'amitié autochtones (CAA) sont des centres multiservices à gouvernance autochtone militant pour les droits autochtones et ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des personnes autochtones, soit des Premières Nations, des Métis et des Inuit, vivant ou transitant en milieu urbain. Ils privilégient aussi une offre de services globale et communautaire sans égard au statut, à la nation d'appartenance ou au lieu de résidence (1).

- Plus de 50% de la population autochtone vit en milieu urbain (2).
- On compte 119 CAA au Canada (1).
- Le mouvement des CAA s'est installé au Québec il y a de cela 50 ans et la majorité de ces centres sont aujourd'hui dirigés par des femmes autochtones (1).
- Créé en 1976, le Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec est une organisation qui représente et est affiliée à 11 CAA du Québec (1).
- Le CAA de Val-d'Or, créé en 1974, fut le deuxième au Québec et suivait celui de Chibougamau créé en 1969 (3).
- Pour en savoir plus sur le mouvement des Centres d'amitié autochtones, vous pouvez consulter ces récits : *Pashkabigoni, une histoire pleine de promesses* (4).

➤ Pour un portrait global de la population urbaine autochtone au Québec, nous vous invitons à vous renseigner sur ce site web : https://www.rcaa.qc.ca/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Provincial_FR.pdf (5).



Le débordement des urgences et l'accès difficile aux services de première ligne font aujourd'hui partie de la réalité du système de santé au Québec. Malheureusement, en agrandissant les écarts déjà existants en matière de santé, la situation actuelle touche plus durement les personnes vivant en contexte de vulnérabilité et de marginalisation. Entre autres, les personnes autochtones vivent de nombreuses iniquités en santé et doivent faire face à plusieurs barrières lorsqu'elles tentent d'accéder aux services offerts dans le système (6). Afin de pallier ces obstacles, depuis plusieurs années, les Centres d'amitié autochtones du Québec offrent une «réponse novatrice pour renouveler l'offre de services, accroître leur accessibilité, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain» (7, p.6). Afin de mettre en lumière ce projet innovant, nous avons eu la chance de nous entretenir avec M^{me} Janet Mark (J.M.), M^{me} Edith Cloutier (E.C.) et M^{me} Chantal Paradis (C.P.) à propos du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) et de sa clinique en santé autochtone.

Présentation de M^{me} Janet Mark

Membre de la nation Crie, elle nomme avoir toujours eu à cœur le bien-être des Autochtones. C'est dans cette optique qu'elle s'implique dans le conseil d'administration du CAAVD de 2007 à 2017. Par la suite, pendant un an, elle fera le choix de travailler à titre de coordonnatrice des relations avec les Autochtones pour la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec* (8). Dans la dernière année, elle a repris son rôle d'administratrice, éprouvant un besoin de se coller aux réalités et enjeux autochtones. M^{me} Mark travaille également à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT) où, depuis 2002, elle a occupé différents rôles.

Présentation de M^{me} Edith Cloutier

Anicinabe du côté de sa mère et Québécoise du côté de son père, elle est directrice générale du CAAVD depuis 34 ans. En tant qu'Autochtone ayant vécu en milieu urbain, le Centre d'amitié fait partie de sa vie depuis son enfance. Pour elle, le Centre d'amitié représente un lieu de rencontre communautaire ainsi que de connexion identitaire et culturelle. Son travail au CAAVD est donc beaucoup plus qu'un simple travail, c'est également un investissement ainsi qu'une démarche de contribution à l'amélioration de la qualité de vie des personnes autochtones vivant en ville ou y étant de passage.

Présentation de M^{me} Chantal Paradis

Infirmière depuis 2001, elle a aussi une formation en psychoéducation. Elle a commencé sa pratique clinique au centre de santé à Senneterre. Depuis 2021, elle est infirmière à la clinique en santé autochtone du CAAVD. Elle a travaillé dans plusieurs milieux, ce qui lui a permis de développer une expertise variée allant de la santé publique au rôle élargi. L'intégration d'une approche communautaire des services et le lien de confiance qu'elle crée avec les personnes autochtones est ce qui l'anime dans son travail.

Pouvez-vous nous parler de l'histoire et de la création des Centres d'amitié autochtones?

E.C.: Les Centres d'amitié sont une affirmation identitaire et culturelle des communautés autochtones. Ils ont été créés par et pour les Autochtones. Ce sont plus qu'un simple lieu de rencontre dans une ville. Au lieu de partir de l'État, ce mouvement de société civile autochtone a été organisé par les membres des communautés autochtones urbaines il y a plus de 60 ans. Ce n'est pas politique, ce n'est pas un conseil de bande, ce n'est pas une prise en charge

par les gouvernements. C'est vraiment l'équivalent de ce qu'on appelle en anglais *Grass root*, c'est-à-dire un mouvement communautaire où un espace est créé pour laisser place à une voix populaire autochtone urbaine. C'est un espace démocratique qui regroupe plusieurs nations autochtones, qui a pour but de donner un porte-voix à une communauté souvent mise à l'écart dans le système à cause des politiques fédérales ou provinciales coloniales. Pour ce qui est du CAAVD, cela fait 50 ans qu'il a été créé et nous sommes actuellement en plein agrandissement. Cela démontre les grands besoins de la communauté.

En 2006, la première petite graine a été semée pour le développement d'une clinique en santé autochtone, à même le CAAVD lors d'un forum entre les Premières Nations et le Gouvernement du Québec, le seul à ce jour malheureusement. À l'époque, un engagement du ministre de la Santé avait été obtenu afin de créer «des zones de complémentarité» entre les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les centres d'amitié dans leurs missions respectives. C'est la petite brèche qui nous a amenée à ouvrir une clinique en santé autochtone dans le CAAVD en 2009. La clinique fonctionnait avec les moyens disponibles, et ce, sans faire partie du réseau. Nous avons ainsi navigué dans des sentiers inexplorés. La clinique a été portée à bout de bras, subissant des ruptures de services, jusqu'aux événements de 2015 (9). Les dénonciations et l'enquête sur le traitement des femmes autochtones par les policiers ont eu l'effet d'une onde de choc. Cela a mis en lumière une réalité qui ne pouvait plus être ignorée par le gouvernement. Et à partir de là, un travail pour obtenir des fonds et une pérennité a été débuté dans le but de développer notre vision. Bref, les événements de 2015 nous ont permis de remettre de l'avant l'importance d'une clinique en santé autochtone dans l'offre de services du CAAVD, tout ça dans une optique de co-construction avec le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS). Notre vision est globale et comprend le travail en interdisciplinarité. Aujourd'hui, la clinique en santé autochtone est maintenant un projet pilote subventionné pour quatre ans par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cet argent nous permet d'investir pour bâtir notre offre de services. Six chantiers ont été créés, dont les services médicaux. Ceux-ci nous permettent, par exemple, d'offrir les services d'une psychothérapeute et d'une orthophoniste. Après ces quatre années, nous espérons que nous réussirons à démontrer la pertinence d'un financement récurrent afin d'assurer une offre de services complète qui respecte l'autonomie d'un modèle communautaire de gouvernance autochtone dans le réseau de santé québécois. Ce serait une réelle avancée systémique de l'État québécois qui va au-delà d'accrocher des œuvres d'artistes autochtones dans un bureau. Dans l'actualité, on parle de sensibilisation, de compétence culturelle, mais l'ultime but d'une démarche de sécurisation culturelle est l'impact systémique. C'est ce que le CAAVD est en train de créer et c'est pourquoi il est innovant.

Pouvez-vous nous parler de la mission du CAAVD?

E.C.: Le CAAVD vise à améliorer la qualité de vie des Autochtones en milieu urbain, à promouvoir la culture, à offrir des services ancrés dans l'identité et à favoriser le rapprochement entre les peuples (Autochtones et non-Autochtones). On réussit à faire ça en reconnaissant les droits, en luttant contre le racisme et la discrimination. C'est à travers cette mission et nos actions collectives que nous arrivons à offrir des services très diversifiés. On appelle ça un *wrap around services*, c'est-à-dire une approche globale, intégrée et holistique dans une perspective communautaire et culturellement sécurisante. Un centre d'amitié, c'est un *safe space* à tous les niveaux pour les personnes autochtones.

J. M. : La mission première du CAAVD est d'assurer des services pour les Autochtones. Ce qui le différencie des autres organismes communautaires, c'est sa culture organisationnelle. Au niveau de la gouvernance, ce sont seulement des personnes autochtones qui siègent sur le conseil d'administration. Toutes les décisions sont alors prises par et pour des Autochtones. L'entièreté du travail vise un seul objectif : améliorer la qualité de vie des Autochtones. Les services sont donc offerts de 0 à 99 ans, dès que la maman porte son bébé. Le CAAVD a également pour but d'améliorer les relations entre Autochtones et non-Autochtones. Par exemple, que tu sois un enfant autochtone ou non, tu peux accéder au centre de la petite enfance (CPE) du CAAVD. Dès leur plus jeune âge, les enfants s'habituent à être ensemble : ils ne voient plus la différence et voient d'abord l'ami, l'humain.

Pouvez-vous nous parler plus spécifiquement de la clinique en santé autochtone ?

E.C. : Il faut comprendre que cela fait 15 ans que la clinique en santé est portée vraiment à bout de bras par notre communauté. Heureusement, nous avons été en mesure de faire avancer ce projet innovant en créant nos propres mécanismes pour articuler la voix autochtone en milieu urbain, en allant chercher différentes sources de financement et en l'inscrivant dans une vision collective et communautaire autochtone. Notre leadership rayonne au-delà du communautaire parce que nous avons su créer une relation bilatérale avec le Québec et ses différentes instances gouvernementales. C'est en luttant, en combattant et en revendiquant que nous avons su nous faire reconnaître comme institution. Cela signifie que, en plus de reconnaître que la clinique en santé autochtone offre des services en dehors des établissements « conventionnels » du réseau de la santé, le CAAVD est une démonstration d'un modèle de gouvernance autochtone urbain.

Nous illustrons à nos partenaires - ministère, CISSS - qu'il y a d'autres avenues possibles pour offrir des réponses adéquates à notre réalité populationnelle en milieu urbain : en le faisant « avec » les Autochtones et non « pour » eux. Donc, après 50 ans de mouvement des Centres d'amitié au Québec, nous commençons à voir les fruits de cette terre labourée en étant finalement reconnus par l'État. Nous démontrons que nous avons un modèle innovant qui assure l'accès à des services pour une population qui, pendant trop longtemps, a été invisibilisée dans les services publics et dont le droit à l'amélioration de leur qualité de vie par les gouvernements a été ignoré. Notre démarche de sécurisation culturelle que l'on appelle « Mino Pimatisi8in » vise à faire reconnaître les services communautaires et de première ligne d'un Centre d'amitié autochtone dans l'offre de services publics québécois. Dans cette offre de services, il y a un modèle unique d'une clinique en santé qui sort des normes, sans toutefois sortir des normes de qualité, et qui a réussi à tracer son propre sentier dans l'imposant système de santé et de services sociaux. En ce moment, le débat du racisme systémique est au cœur des discussions, avec raison, mais notre vision du mieux-être et de la santé des Autochtones en milieu urbain est d'agir sur les avancées systémiques. On pourrait se battre tous les jours pour faire reconnaître le racisme systémique, mais, nous, nous savons qu'il existe. Donc, à partir de là, comment peut-on contribuer à l'éliminer ? Par notre action collective, en agissant sur et dans les systèmes. D'ailleurs, la sécurisation culturelle est une démarche nous amenant à avoir un impact systémique et à poser des actions concrètes dans le système public, notamment dans le réseau de la santé.

De plus, l'aspect unique de cette vision de santé et mieux-être autochtone est de venir combiner à l'offre de services « classiques » une offre de santé qu'on appelle « culture et guérison ». Donc, ajouter une composante qui va donner accès à des activités et des soins traditionnels de guérison. Par exemple, nous sommes en train de bâtir un site culturel à l'extérieur de la ville pour avoir des installations - huttes de sudation, cuisines traditionnelles - qui vont permettre de recevoir des groupes en ressourcement. Ces installations permettront aux familles avec des besoins psychosociaux de recevoir du soutien et un accompagnement en pleine nature. Un autre exemple de cette offre « culture et guérison » est d'offrir l'opportunité à la personne, après avoir consulté le médecin, de rencontrer un aîné pour l'aider dans sa situation. C'est de cette façon que nous présentons notre vision de santé et mieux-être autochtone, en alliant la culture et l'identité autochtone à la guérison. C'est une réussite au CAAVD puisqu'on va vers un modèle de gouvernance autochtone qui est porté « par et pour » les Autochtones. L'autonomie, la reconnaissance... c'est gros ! Cet esprit de co-construction avec l'État s'inscrit dans une visée de décolonisation et d'agentivité autochtone.

C. P. : Au départ, j'ai été recrutée pour ce beau projet qui s'appelait la clinique Mino Pimatisi8in. C'était la première fois que le CAAVD embauchait une infirmière parce que, avant, c'était un prêt de services par le CISSS. Ça se développe de plus en plus : nous avons maintenant trois postes infirmiers, nous créons des liens avec le CLSC, nous avons davantage d'équipements, etc. Ce que je souhaite pour un avenir rapproché, c'est que toutes personnes autochtones affiliées au CAAVD qui ont envie de recevoir des soins puissent les recevoir. Malheureusement, à ce jour, nous ne pouvons pas encore offrir tous ces services et soins de proximité dans la communauté, mais c'est vraiment ça que j'aimerais faire. Donner l'accès à des soins là où les gens sont. La beauté des services de la clinique en santé, c'est vraiment cette prise en charge globale. Par exemple, j'assiste à toutes les rencontres avec les médecins et si nous avons besoin d'un intervenant social, nous n'avons qu'à cogner à la porte d'à côté. Nous ne sommes pas dans la grosse machine, donc nous pouvons solliciter un professionnel rapidement. C'est un beau travail interdisciplinaire. Nous faisons également appel au principe de Jordan² afin d'assurer que les enfants reçoivent ces services auxquels ils ont droit et dont ils ont besoin.

Je ne sais pas à quel point les professionnels connaissent la mission et les services offerts au CAAVD parce que le modèle de la clinique en santé est en grande construction. Pendant la COVID, nous avons proposé à l'urgence de nous référer les personnes autochtones qui se présentaient avec un problème de santé courant. Donc, quand une personne arrivait à la clinique, je faisais l'évaluation et un triage, puis je travaillais avec un médecin au téléphone. En fait, ça donnait vraiment une plus grande accessibilité et j'ai hâte que les ordonnances collectives soient développées afin de l'augmenter davantage.

Pourquoi pensez-vous que les services offerts sont si importants ?

J. M. : Moi-même, comme beaucoup de personnes autochtones, j'ai vécu de la discrimination, du racisme et j'ai dû faire face aux préjugés. La discrimination a toujours existé et elle existe encore aujourd'hui. L'histoire nous le démontre : nous n'avons qu'à penser aux pensionnats ou à la Loi sur les Indiens. Les témoignages recueillis dans le cadre de la Commission Viens démontrent que certains services offerts par le réseau de la santé n'offrent pas des



soins culturellement sécuritaires aux personnes autochtones (8). Au Canada comme au Québec, il y a des gens qui sont morts dans les hôpitaux parce qu'on ne les croyait pas. En tant que femme autochtone, je crains de ne pas recevoir l'aide dont j'ai besoin si jamais j'ai un malaise. Pour ces raisons, les Autochtones ont un manque de confiance envers les services publics. Des endroits comme les Centres d'amitié autochtones rendent les soins de santé plus accessibles. Ces services sont essentiels, car, sans eux, peut-être que les Autochtones n'iraient pas ailleurs pour obtenir l'aide dont ils ont besoin. Il y a un besoin pour des services adaptés et donnés par des personnes qui savent ce qu'est la sécurisation culturelle. Les gens ont besoin d'aller chercher les services où ils se sentent en sécurité, où ils savent qu'ils vont être respectés, où ils sentent que « ok, je vais aller là et on va m'écouter et on va prendre le temps avec moi ».

C. P. : Je vais te donner un exemple concret : nous avons une clientèle itinérante importante qui n'irait pas chercher les services à l'hôpital. Mais, puisqu'ils font confiance au CAAVD, ils viennent cogner à ma porte. Aussi, le fait d'aller à la rencontre de ces personnes, sur le terrain, nous permet de rejoindre cette clientèle qui ne reçoit pas de services ou qui ne va pas aller à l'hôpital. Il y a des personnes qui n'ont jamais eu de suivi pour des problèmes de santé assez graves, mais, parce qu'ils connaissent quelqu'un au CAAVD et qu'ils ont confiance, ils viennent chercher l'aide ici. Ils vont toujours à l'hôpital en dernier recours, la clinique en santé est donc le pivot entre l'établissement de santé et la communauté. J'essaye aussi de m'assurer que leurs droits soient respectés : je nous vois comme un pare-feu... Il y a une grande différence aussi quand tu as un lien de confiance avec les personnes autochtones. J'ai l'impression de donner de meilleurs soins puisque je les connais et qu'ils me font confiance.

E.C. : Parfois certaines personnes peuvent se demander : qu'est-ce que ça apporte une clinique en santé autochtone ? La prise de sang faite au CAAVD est la même que celle du CLSC, non ? D'abord, il faut comprendre que notre démarche est portée en coresponsabilité avec l'instance régionale en santé et le CAAVD. Nous avons convenu de travailler ensemble pour la co-construction d'un modèle, d'une réponse novatrice servant à renouveler l'offre de services de santé et de services sociaux. On vise fondamentale-

ment à accroître l'accès aux services. Il a été nécessaire de mettre sur la place publique l'accès aux services pour les Autochtones. La Commission Viens a été claire : la discrimination systémique existe au Québec. Je crois qu'il est maintenant nécessaire de passer de la parole aux actions. Nous n'avons plus à convaincre personne de l'importance de services culturellement pertinents et sécurisants pour les Premiers Peuples. Le CAAVD est ainsi une réponse afin d'accroître l'accessibilité aux services, de diminuer les iniquités et d'améliorer la qualité et les conditions de vie des personnes autochtones vivant en milieux urbains.

Quels conseils donneriez-vous aux infirmières en soins d'urgences qui souhaitent donner des soins sécuritaires à des personnes autochtones ?

C. P. : Pas trop de mots. C'est quelque chose qu'il faut que je pratique, mais vraiment pas trop de mots. De vraiment aussi me positionner comme leur égale, de les accueillir en leur disant d'emblée que je vais peut-être poser beaucoup de questions et qu'ils peuvent m'arrêter s'ils ne comprennent pas ou que je vais trop vite. J'essaye de faire des rencontres courtes, concises et précises. Au début, je questionnais beaucoup, mais j'ai appris à m'arrêter et à écouter les réponses. D'accepter aussi que la notion de rendez-vous ne soit pas adaptée du tout à leurs besoins et donc de ne pas juger quand il y a des rendez-vous manqués. Aussi, on ne sait jamais pourquoi des rendez-vous ont été manqués ou pourquoi ils attendent longtemps avant de consulter. Je crois que le dernier conseil serait de faire attention à nos « à priori » parce qu'ils peuvent mener à de mauvaises pistes. Les personnes autochtones ont tellement des conditions de vie difficiles et il faut toujours garder ça en tête. Par exemple, j'ai des personnes autochtones qui viennent à la clinique et me disent qu'ils se font chicaner à l'urgence pour avoir trop attendu ou pour ne pas avoir fait certains gestes de prévention... mais la personne est seule avec cinq enfants à la maison, elle n'avait pas de transport pour se rendre à l'hôpital, elle avait peur aussi d'y aller. Donc, il faut comprendre qu'on ne doit pas juger la personne parce qu'on ne peut jamais réellement savoir ce qu'elle vit.

J.M. : Tout d'abord, au-delà de l'infirmier ou de l'infirmière, ça prend un employeur qui y croit. Un employeur qui va institutionnaliser la sécurisation culturelle et qui va vérifier les compétences culturelles des personnes avant de les engager. La sécurisation culturelle, ce n'est pas juste de mettre un capteur de rêve ou des bijoux autochtones. Tu peux détenir toutes les connaissances qu'il y a à détenir, si, comme professionnel, le non-autochtone, tu n'as pas de savoir-être et de savoir-faire, cela ne servira pas. C'est en ayant les attitudes et les habiletés à privilégier en contexte autochtone qu'il est possible de faire une différence. Les personnes autochtones sentent alors qu'elles peuvent faire confiance, c'est ça qui permet de changer la conversation. Les professionnels de la santé ne sont pas obligés de tout connaître, mais c'est important de savoir bien communiquer et, surtout, bien écouter. C'est prendre le temps d'être calme, de parler plus lentement et d'utiliser des mots simples lors des soins à un aîné qui ne parle pas beaucoup français. C'est demander à la personne quelle est sa langue maternelle. C'est aussi apprendre des mots dans la langue de la personne. Parfois, juste un « Bonjour, Kwei » lors de l'accueil d'un Autochtone peut faire une différence et permettre de créer un petit lien.

Ce ne sont pas tous les Autochtones qui connaissent leurs droits, ce qu'ils ont le droit de faire ou dire lorsqu'ils entrent dans un établissement de santé. Aussi, il peut exister une barrière lin-

guistique qui réduit l'accessibilité des services. C'est important d'avoir conscience de cela. Plusieurs personnes, lorsqu'on leur demande s'ils ont compris les explications, diront oui en souriant. Pourtant, ce n'est pas toujours le cas. Il faut prendre le temps de vérifier ce que la personne a compris. Cela peut se faire en lui demandant de faire l'exercice qu'elle devra faire à la maison ou d'expliquer ce qu'elle a compris. Les hôpitaux sont de grosses bâtisses dans lesquelles on peut rapidement s'y perdre, surtout lorsqu'on ne connaît pas la langue utilisée sur les panneaux indicateurs. Utiliser les mots de la langue des communautés autochtones ou encore s'assurer que, sur les images utilisées par l'hôpital, il y a des personnes autochtones peut faire une différence. Finalement, le travail, il faut qu'il se fasse à tous les niveaux. Autant au niveau des universités, des cégeps que des écoles secondaires, la Commission Viens constate qu'il existe une méconnaissance généralisée de l'histoire (8). En ce moment, dans les grosses boîtes comme les CIUSSS et les CISSS, ce sont des individus qui apportent des changements. À partir du moment où ces individus quittent le système, les changements qu'ils ont apportés risquent de disparaître. Le changement doit s'opérer à un niveau systémique. Il faut que les hauts dirigeants y croient aussi et qu'un travail au niveau structurel soit entamé.

E.C. : Toujours partir du principe qu'il y a une grande méfiance qui peut se transformer en un bris de confiance. Ce bris de confiance n'est pas envers l'individu, mais plutôt envers ce que celui-ci représente dans le système de santé. Il y a beaucoup de personnes qui ont vécu des expériences négatives qui sont le reflet d'une histoire portée par une société ayant des biais inconscients et des préjugés envers les Autochtones. Créer un lien, et je sais qu'à l'urgence ça peut être difficile, c'est comprendre le parcours des personnes autochtones. La sécurisation culturelle, c'est de prendre une posture qui te dégage de ta position d'autorité sur l'autre. C'est aussi comprendre que la méfiance, les expériences et tout le bagage historique viennent avec les personnes qui se présentent à l'urgence. Ce qui a été démontré récemment, notamment par la Commission Viens, c'est que, cette méfiance du système, elle est intergénérationnelle. Cela a une répercussion sur la santé, car lorsqu'une personne autochtone se retrouve à l'urgence, c'est souvent en dernier recours. La personne n'a pas consulté à cause de cette méfiance et de cette crainte. Les professionnels doivent comprendre que cette personne qui entre à l'urgence porte l'histoire d'un peuple qui inclut la colonisation, le racisme, les politiques injustes, les pensionnats et tous les traumatismes intergénérationnels. Les Autochtones voient le système comme une institution qui leur enlève quelque chose... leur identité, leur culture, leur langue, leurs enfants, leur territoire...

Aussi, je crois qu'une des pistes de solutions est dans le changement des curriculums. Dans les formations s'adressant aux futurs professionnels, le chapitre sur ce sujet inclus dans la Commission Viens devrait minimalement être lu par tous. Quand tu travailles sur un territoire où convergent plusieurs nations autochtones, ça devrait être obligatoire de s'assurer de comprendre l'histoire de ces peuples. Par exemple, l'urgence, c'est la porte d'entrée des personnes autochtones itinérantes qui vivent, en plus de leur condition sociale, des barrières linguistiques et culturelles, qui sont méfiantes... et il y a encore beaucoup de travail à faire pour s'assurer qu'ils aient le droit et l'accès à des services sécuritaires sur le plan culturel. Le premier pas est de comprendre pourquoi ces barrières existent et de créer un lien de confiance. Donc, on a des apprentissages à faire pour mieux connaître l'histoire de la personne en l'écoutant. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ces apprentissages. Je reçois des témoignages de personnes autochtones qui se sont senties en sécurité avec des professionnels et ils me disent : « on a pris le temps et j'ai senti qu'on m'avait écouté ». Il y a vraiment une prise de conscience de plus en plus présente. Il y a eu l'enquête publique en lien avec les dénonciations des femmes autochtones à Val-d'Or, l'enquête des femmes et filles disparues autochtones (11), Joyce Echaquan, les sépultures d'enfants non identifiés des pensionnats. Tout ça a permis d'éveiller les consciences pour cheminer vers la réconciliation. Les professionnels doivent connaître et comprendre la vérité mise en lumière par ces rapports ou événements. Le modèle de co-construction de la clinique, c'est aussi une action de réconciliation. Il faut comprendre la vérité, il faut entendre les vérités, puis dire comment moi je peux être un acteur de changement. Parce qu'un.e infirmier.e peut faire la différence en créant un lien de confiance avec une personne autochtone. Ça, pour moi, ce sont des gestes de réconciliation. Chaque infirmier et infirmière peut poser un geste... et il n'est pas banal. Ce geste qu'elle pose au quotidien en accueillant la personne avec tout son bagage. Juste ça... ça fait une différence! 🍌



Nous tenons à remercier M^{me} Janet Mark, M^{me} Edith Cloutier et M^{me} Chantal Paradis pour s'être livrées à nous dans le cadre de ces entrevues. Il est plus que temps que des démarches soient entamées afin de décoloniser la discipline infirmière. Pour en savoir davantage, nous vous invitons à consulter ces ressources :

■ **Le webinaire *La pratique infirmière au cœur de la décolonisation des soins de santé***

Blanchet, A. et Delli Colli, A-R. La pratique infirmière au cœur de la décolonisation des soins de santé. Réseau de recherche en intervention en sciences infirmières du Québec; 2022. <https://risiq.com/fr/videotheque/la-pratique-infirmiere-au-coeur-de-la-decolonisation-des-soins-de-sante>

■ **Les webinaires de *Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series* :**

National Indigenous Cultural Safety Webinars Videos. Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series. 2023. <https://www.icscollaborative.com/webinars>

■ **La boîte à outils décoloniale :**

Moniz A, Cohen-Bucher E, Sioui G. La boîte à outils décoloniale : parcours éducatif. Mikana; 2022. https://www.mikana.ca/wp-content/uploads/2022/06/FR_Parcours_educatif_final_juin2022_V2.pdf

■ **La trousse d'outils pour les alliés aux luttes autochtones :**

Swiftwolfe D. Trousse d'outils pour les alliés aux luttes autochtones. Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal; 2022. <https://reseau-mtlnetwork.com/wp-content/uploads/2022/12/Trousse-1.pdf>

■ **Le livre *Plus aucun enfant autochtone arraché : Pour en finir avec le colonialisme médical canadien* :**

Shaheen-Hussein S. Plus aucun enfant autochtone arraché : Pour en finir avec le colonialisme médical canadien. 1ère édition. Québec (CAN) : Lux Éditeur; 2021.

■ **Un article scientifique portant sur la décolonisation de la profession infirmière :**

McGibbon E, Mulaudzi FM, Didham P, et al. Toward decolonizing nursing: The colonization of nursing and strategies for increasing the counter-narrative. Nursing inquiry, 2014;21(3) :179-191. <https://doi.org/10.1111/nin.12042>

NOTES

1. La Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec, également appelée Commission Viens, a été créée afin d'enquêter sur la discrimination systémique ainsi que les traitements différents reçus par les Autochtones dans le cadre de la dispensation de certains services publics à la suite des événements ayant eu lieu à Val-d'Or en 2015.
2. Ce principe a pour objectif de répondre aux besoins des enfants autochtones, et ce, peu importe où ils vivent au Canada en assurant l'accessibilité aux services publics et les droits respectés (10).

RÉFÉRENCES

1. Regroupement des Centres d'amitié Autochtones du Québec (RCAAQ). Qui sommes-nous? 2023. <https://www.rcaaq.info/qui-sommes-nous/>
2. Lévesque C, Gagnon M, Desbiens C, Apparicio P, Cloutier E, Sirois T. Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001-2016. Cahier ODENA no 2019-03. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal. 2019. <https://reseau-dialoq.ca/wp-content/uploads/2021/03/Profil-demographique-2001-2016-Faits-saillants-VF.pdf>
3. Lévesque C, Cloutier E, Radu I, Parent-Manseau D, Laroche S, Blanchet-Cohen N. Innovation sociale et transformation institutionnelle en contexte autochtone. La Clinique Minowé au Centre d'Amitié autochtone de Val-d'Or. Cahier ODENA no 2019-01. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal. 2019. https://espace.inrs.ca/id/eprint/9714/1/L%C3%A9vesque_2019.pdf?fbclid=IwAR3EPE3FkzU4sm0hCy6BsLbqUS3nk_vlaBawABSDM86c2L17HnDrcHJVjo
4. Bordeleau L, Mouterde P. Pashkabigoni, une histoire pleine de promesses. Mémoire du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec. (1969-2008). Bibliothèques et Archives nationale du Québec et Bibliothèques et Archives Canada. 2008. https://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2018/07/Pashkabigoni-2008_FR.pdf
5. Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ). Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics. Portrait de la situation au Québec. Wendake, RCAAQ. 2018. https://www.rcaaq.info/wp-content/uploads/2019/08/RCAAQ_Portrait_Provincial_FR.pdf
6. Allan B, Smylie J. First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada. Discussion Paper, Wellesley Institute. 2015. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSC-Updated.pdf>
7. Cloutier E, Laroche S, Lévesque C, Wawanoloath, M-A. Mino Pimatisiwin. Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. 2021. https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3879814?docref=3yDyF50_M67mqKRd4ABqUw
8. Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès. Rapport final. 2019. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf
9. Radio-Canada. Femmes autochtones à Val-d'Or : autopsie d'une enquête. Radio-Canada. 2015. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/745981/fil-evenements-enquete-femmes-autochtones-val-dor-allegations-policiers>
10. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Le principe de Jordan; N.D. <https://cssspnql.com/principe-de-jordan/>
11. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place : Un rapport complémentaire de l'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Gouvernement du Canada; 2019. https://www.mmiwg-ffada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-compl%C3%A9mentaire_Qu%C3%A9bec.pdf

LES AUTEURES



Anne-Renée Delli Colli
inf., M. Sc.

Coordonnatrice aux projets de la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec, Université de Montréal



Koralie Yergeau
inf., B. Sc. (ét.)

École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner qu'Anne-Renée Delli Colli et Koralie Yergeau sont toutes deux éditrices associées à la revue *Soins d'urgence*.



Déploiement d'un service d'urgence gériatrique : étude qualitative sur la perception des intervenants

par **Véronique Provencher, Didier Mailhot-Bisson, Monia D'Amours, Ariane Grenier, Natasa Obradovic, Audrey-Anne Brousseau**

Afin de répondre aux besoins particuliers d'une proportion de personnes âgées toujours grandissante qui fréquentent les urgences, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS a déployé une série d'interventions simples et peu coûteuses d'un service d'urgence gériatrique (SUG). Pour que celles-ci aient les effets escomptés, il est primordial qu'elles soient appliquées et intégrées dans les pratiques des intervenants. Mieux comprendre comment les membres de l'équipe soignante perçoivent ces interventions s'avère dès lors incontournable afin de pouvoir mettre en lumière tant les forces que les défis du modèle de SUG. En adoptant une approche qualitative descriptive, cette étude vise ainsi à documenter l'évolution de l'application des interventions déployées au sein d'un SUG, ainsi que la perception des intervenants en regard de ces interventions dans l'exercice de leurs fonctions.

INTRODUCTION

Les changements démographiques ont considérablement modifié le portrait des personnes qui se présentent à l'urgence. Au Canada, plus du quart (25,4 %) des visites à l'urgence impliquaient une personne de 65 ans et plus en 2020-2021, tandis que cette proportion était de 18,2 % 15 ans plus tôt (1). Par ailleurs, les personnes âgées se distinguent notamment par la complexité de leurs besoins lorsqu'elles se présentent à l'urgence : nombreux

antécédents médicaux, multiples comorbidités, polypharmacie, problématiques sociales et de mobilité, déclin cognitif et délirium (2,3). Les départements d'urgence n'ont toutefois pas été conçus pour répondre aux besoins complexes des personnes âgées plus vulnérables (4). Cette situation a des impacts importants, tant sur la qualité des soins qui leur sont offerts, que sur la gestion des lits hospitaliers (5). En effet, le manque d'équipements appropriés et de formation du personnel peut exacerber les complications intrahospitalières chez ces personnes (2), lesquelles risquent ultimement d'augmenter leur durée de séjour à l'urgence et leur risque d'hospitalisation (6,7). Parallèlement, le peu d'information offert aux personnes âgées et aux proches au moment de retourner à domicile contribuerait non seulement à leur réadmission à l'urgence (8,9), mais également à leur insatisfaction à l'égard des soins reçus (10,11). Ces effets indésirables pourraient pourtant être réduits, voire évités, par des soins et services mieux adaptés.

À la lumière de cette nouvelle réalité, un nombre croissant d'urgences intégrant des services gériatriques ont vu le jour au Québec depuis 2006 (12). Toutefois, à notre connaissance, aucun service d'urgence gériatrique (SUG) n'a encore été formellement implanté et évalué dans la province. En 2019, l'urgence de l'Hôtel-Dieu du Centre intégré universitaire des services sociaux et de santé de l'Estrie - Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke

(CIUSSSE-CHUS) a donc identifié une série d'interventions, en s'appuyant sur les meilleures pratiques présentées dans le *Guide clinique sur la médecine d'urgence gériatrique* (13), ainsi que sur les principes qui sous-tendent l'*Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* (5) afin d'implanter un SUG. Or, pour que ces interventions aient les effets escomptés, il importe qu'elles soient appliquées par les intervenants et intégrées dans leurs pratiques, d'où la nécessité de documenter leur perception à l'égard de celles-ci (14,15). De plus, il est reconnu que documenter les perceptions des membres de l'équipe de soins permet de mieux comprendre les enjeux reliés à l'implantation d'une intervention en soins de santé afin de mettre en relief les forces et les ajustements requis (16). À notre connaissance, peu d'études ont à ce jour documenté la perception des intervenants quant aux mesures implantées en SUG. Afin de combler ce manque, cette étude vise à documenter : 1) dans quelle mesure les interventions ciblées pour transformer une urgence du CIUSSSE-CHUS en SUG sont réellement appliquées; et 2) la perception des intervenants à propos de ces nouvelles interventions du SUG dans l'exercice de leurs fonctions.

MÉTHODES

Devis, milieu et participants à l'étude

L'étude a adopté un devis qualitatif descriptif (17), afin de favoriser une description riche de la perception et de l'expérience des professionnels en regard des nouvelles interventions déployées (17,18). Son utilisation en recherche sur les soins de santé est de plus en plus reconnue (18,19).

Cette recherche a été menée au sein de l'urgence du CIUSSSE-CHUS (site Hôtel-Dieu), la première urgence gériatrique accréditée de niveau argent au Québec et au Canada par l'*American College of Emergency Physicians* (juillet 2020). Environ 25 % des 50 000 personnes qui visitent chaque année cette urgence sont âgées de 75 ans et plus. Un échantillon de convenance (20) composé de membres de l'équipe soignante interdisciplinaire a été constitué, en s'assurant d'une représentativité des différentes professions (soins infirmiers, soins à la personne, pharmacie, travail social, physiothérapie). Les participants devaient donc faire partie de cette équipe et être disponibles et intéressés à prendre part à un groupe de discussion focalisée. Au total, sept participants ont été recrutés.

Interventions

Les neuf interventions déployées du SUG (voir Tableau 1) recoupent six domaines : éducation, procédures et politiques, équipe interdisciplinaire, qualité de l'acte, équipement et transition des soins. Une de ces interventions, soit l'ajout d'une infirmière clinicienne en gériatrie, a d'ailleurs fait l'objet d'une précédente publication (21). Le déploiement des interventions a débuté entre octobre 2018 et novembre 2019.

Tableau 1. Service d'urgence gériatrique (SUG) – interventions déployées

INTERVENTION (date de déploiement)	DOMAINE(S) CIBLÉ(S)	DESCRIPTION	OBJECTIFS
Ajout d'une infirmière clinicienne en gériatrie (octobre 2018)	Équipe interdisciplinaire Transition des soins	■ Réalise une évaluation avancée en gériatrie auprès de la personne aînée (≥ 75 ans) et sa famille pour répondre à leurs besoins biopsychosociaux et environnementaux complexes ■ Contribue au développement des compétences en lien avec les soins gériatriques à l'urgence ■ Expert-conseil en gériatrie auprès des membres de l'équipe de l'urgence ■ Coordination et planification des soins au congé	■ Réduire l'incidence des admissions non médicalement requises ■ Améliorer la qualité des soins à l'urgence ■ Déployer l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence
Ajout d'équipement spécialisé à l'urgence (février à novembre 2019)	Équipement	■ Utilisation des bas antidérapants et de bracelet jaune pour identifier les personnes à risque de chute ■ Mise en place des adaptations environnementales facilitant l'orientation dans l'espace et le temps (accès à une lumière naturelle, calendriers, horloges analogiques, etc.) ■ Disponibilité d'un kit de confort (bouchon, cache-yeux, calepin, crayon, brosse à dents, etc.) ■ Conception d'une zone dédiée à l'évaluation en physiothérapie	■ Améliorer la sécurité des personnes aînées à l'urgence ■ Augmenter la satisfaction et le confort des personnes aînées lors de leur séjour à l'urgence ■ Diminuer l'incidence des déliriums, chutes et autres complications iatrogéniques
Formation (novembre 2019)	Éducation	■ Obligation pour les médecins d'urgence de compléter une formation continue en médecine d'urgence gériatrique ■ Obligation pour les infirmières de compléter une formation continue sur l'approche adaptée à la personne âgée à l'urgence ■ Brèves capsules d'éducation pour les infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires sur des sujets liés à l'urgence gériatrique	■ Augmenter les compétences en matière de soins gériatriques ■ Améliorer la qualité des soins gériatriques ■ Adapter la réponse aux besoins complexes des personnes aînées

Protocole de soins (novembre 2019)	Procédures et politiques	■ Règle de soins, évaluer et intervenir auprès des personnes âgées de 65 ans et plus dans un contexte de troubles neurocognitifs et de délirium accompagné ou non d'agitation-Urgence ■ Systématisation du dépistage du délirium ■ Prise en charge et prévention du délirium ■ Ordonnances pharmacologiques de la prise en charge de l'analgésie, nausée et agitation ■ Système de pharmacovigilance ■ Ordonnances médicales pour les usagers avec séjour de plus de 4 heures à l'urgence ■ Protocole de mobilisation précoce ■ Protocole d'utilisation de cathéter urinaire et des contentions physique ■ Procédure de référence en externe en clinique de gériatrie ■ Procédure de consultation en soins palliatifs ■ Procédure de suivi téléphonique par l'infirmière en gériatrie	■ Standardiser les soins de base de qualité ■ Diminuer les complications iatrogéniques ■ Éviter les pratiques à risques ■ Assurer une distribution efficiente des ressources
Suivi médical suivant le congé de l'urgence (novembre 2019)	Transition des soins	■ Demande de suivi médical dans les 48 à 72 heures suivant le congé	■ Améliorer la communication et la continuité des soins
Bloc nerveux fémoral à l'urgence (printemps 2019)	Procédures et politiques	■ Utilisé pour l'analgésie des fractures de hanches ■ Boîte contenant tous les outils nécessaires ■ Liste à cocher ■ Sensibilisation auprès des médecins	■ Diminuer la douleur, l'incidence des déliriums et la consommation d'opioïdes
Algorithme de prise en charge par les gestionnaires de cas (novembre 2018)	Transition des soins	■ Développé en collaboration avec l'équipe de soutien à domicile ■ Prise en charge des personnes connues d'un intervenant pivot du CLSC dès l'urgence	■ Diminuer la durée de séjour en minimisant les évaluations répétées pour les personnes bien connues en communauté ■ Assurer une distribution efficiente des ressources
Ajout d'un physiothérapeute à temps plein (5 jours sur 7) (octobre 2018)	Équipe interdisciplinaire Transition des soins	■ Évaluation des incapacités physiques afin d'assurer la sécurité au congé ■ Dépiste les personnes âgées à risque de chute ■ Effectue les demandes de suivi en physiothérapie dans la communauté et le prêt d'équipement ■ Contribue au développement des compétences du personnel de l'urgence en lien avec la mobilisation des personnes âgées	■ Évaluer les personnes âgées dans un espace simulant leur milieu de vie afin de dresser un portrait réaliste des capacités ■ Intervenir de façon précoce par la remobilisation afin de prévenir les risques de déconditionnement ou délirium ■ Réduire les admissions à l'hôpital; ■ Prévoir les équipements requis pour le retour à domicile
Évaluation de l'amélioration en continu (septembre 2019)	Qualité de l'acte	■ Monitorer les effets des interventions sur les personnes âgées (via données administratives, perception, etc.)	■ Contrôler la qualité des soins

Mesures, outils et collecte de données

Le taux d'application des interventions a été mesuré à l'aide d'un outil validé au Québec, *Elder-Friendly Emergency Department Assessment Tool* (EFEDAT) (22). Une version préliminaire de l'outil, comportant 59 items au lieu de 62 dans sa version finale, a été utilisée puisque celle-ci n'était pas encore disponible lors de l'élaboration de notre étude. Il s'agit d'une liste de contrôle (*check-list*) en 13 sous-échelles visant à évaluer la qualité des services d'urgence en soins gériatriques, notamment en ce qui a trait aux processus, aux évaluations, aux ressources humaines et matérielles, et à l'environnement physique. Chaque item est coté à l'aide d'une échelle dichotomique (0 : absence ou 1 : présence). La somme de tous les items est calculée et permet ensuite de générer un score (pourcentage [%] des interventions appliquées). L'infirmière clinicienne en gériatrie a complété cette mesure du taux d'application des interventions au sein de l'urgence à trois reprises au cours de l'étude, soit en août 2019 (T1), en juin 2020

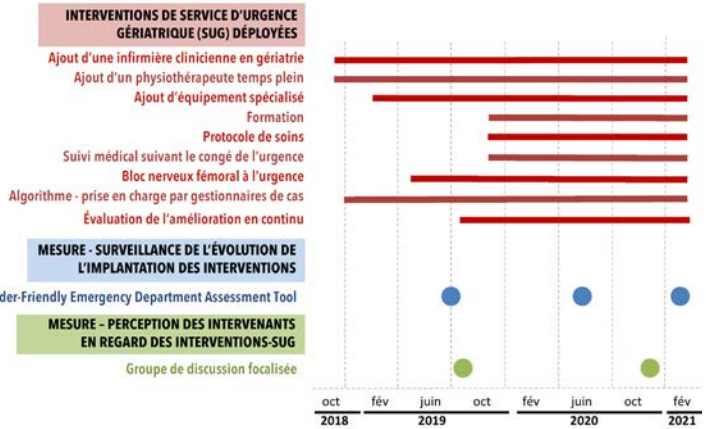
(T2) ainsi qu'en février 2021 (T3). Cette mesure a été utilisée pour des fins de surveillance de l'évolution de l'implantation des interventions SUG.

La perception des participants à l'égard des interventions implantées et de l'intégration de celles-ci a été explorée par l'entremise de deux groupes de discussion focalisée. Le premier a eu lieu au début du déploiement des interventions (septembre 2019) et le second lorsque l'ensemble des interventions ont été déployées (novembre 2020). Les groupes de discussion, d'une durée approximative de 45 minutes chacune, étaient respectivement composés de quatre et cinq participants (deux participants étaient présents aux deux groupes de discussion). Un chercheur de l'équipe (DMB) a agi comme animateur et une assistante de recherche comme co-animatrice (NO). Un guide d'entrevue s'appuyant sur les concepts de la théorie de l'agir avec compétence de Le Boterf (23) a été développé. Les participants ont rempli un

court questionnaire sociodémographique et professionnel au début de chaque rencontre. Les discussions focalisées ont été enregistrées sur support audio, puis transcrites par l'assistante de recherche.

La Figure 1 situe sur la ligne du temps les différentes mesures et interventions du SUG déployées.

Figure 1. Ligne du temps des différentes interventions du SUG et des mesures de l'étude



Analyse des données

Des analyses descriptives ont permis de caractériser les participants et le degré d'application des interventions. Les données issues des groupes de discussion focalisée ont été soumises à une analyse thématique de contenu (24), avec une approche à la fois déductive et inductive. D'abord, la perception de l'intégration des interventions dans les pratiques des professionnels a été explorée selon les concepts de savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir (23) (déduction). Puis, une lecture plus inductive du matériel s'est ensuite révélée appropriée afin de tirer davantage profit des propos évoqués par les participants en laissant émerger de nouveaux thèmes. Un chercheur de l'équipe (DMB) et une assistante de recherche (NO) ont indépendamment procédé au codage de la totalité du contenu. Les thèmes sélectionnés ont ensuite été discutés entre eux, puis corroborés par l'agente de recherche (MD). Les chercheurs ont une grande expérience en recherche qualitative, notamment en soins et services de santé auprès des aînés. Les membres de l'équipe de recherche ayant procédé à la collecte ou à l'analyse des données n'avaient aucun lien avec les participants, ce qui assure la neutralité des données. Enfin, cette étude a reçu une approbation du comité d'éthique à la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (2019-3147).

RÉSULTATS

Dans quelle mesure des interventions visant à transformer une urgence du CIUSSS-CHUS en SUG sont-elles appliquées?

Les résultats de l'application des interventions du SUG mesurée par l'EFEDAT aux trois temps de mesure (voir Tableau 2) révèlent que le score total s'est amélioré de façon marquée au T2, puis légèrement au T3. En août 2019 (T1), 44 % des interventions étaient appliquées, tandis que 76 % l'étaient en février 2021 (T3). Plus spécifiquement, pour neuf sous-échelles, le score a augmenté entre le T1 et le T2, ainsi qu'entre le T2 et le T3 pour cinq d'entre elles. Pour deux des sous-échelles dont les interventions étaient déjà déployées avant le début de l'étude, soit l'équipe gériatrique et le personnel multidisciplinaire à la disposition de l'urgence, leur application s'est poursuivie au T2 et au T3.

Tableau 2. Mesure de l'application des interventions déployées au sein du SUG par sous-échelle au Elder-Friendly Emergency Department Assessment Tool

SOUS-ÉCHELLE (NOMBRE D'ITEMS)	SCORE T1	SCORE T2	SCORE T3
Dépistage et évaluation en 2 étapes pour identifier les personnes aînées à haut risque (/2)	0	0	1+
Outils d'évaluation standardisés (/3)	0	1+	2+
Protocoles de soins cliniques (/10)	2	6+	6
Planification de congé (/3)	1	1	2+
Liens avec les services de soins à domicile (/3)	0	2+	3+
Congé centré sur la personne (/3)	0	2+	3+
Équipe gériatrique (/2)	2	2	2
Personnel multidisciplinaire à la disposition de l'urgence (/4)	4	4	4
Environnement et conception physique (/8)	6	8+	7
Disponibilité de mobilier et d'équipements adaptés (/9)	8	9+	7
Séances éducatives pour le personnel de l'urgence (/5)	1	2+	3+
Suivi des données administratives (/4)	2	4+	2
Initiatives d'amélioration de la qualité (/3)	0	2+	3+
NOMBRE TOTAL D'ITEMS (/59)	26	43	45
SCORE TOTAL EN %	44,1	72,9	76,3

+ augmentation du score; - diminution du score; T1 : août 2019, T2 : juin 2020; T3 : février 2021

Quelle est la perception des intervenants en regard de ces nouvelles interventions du SUG dans l'exercice de leurs fonctions?

Les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des participants se retrouvent au Tableau 3. Un homme et six femmes, âgés de 25 à 47 ans, occupaient différents titres d'emploi représentatifs du milieu (infirmière, infirmière auxiliaire, préposée aux bénéficiaires, pharmacienne, travailleuse sociale, physiothérapeute) et détenaient des niveaux de scolarité variés (secondaire à universitaire), ainsi qu'une expérience professionnelle allant de 6 mois à 23 ans.

Tableau 3. Profil sociodémographique et professionnel des participants

PARTICIPANT.ES	GROUPE*		ÂGE	SCOLARITÉ	EXPÉRIENCE	
	1	2			TITRE D'EMPLOI	MILIEU DE TRAVAIL
Infirmière 1	X	X	47	Universitaire	23 ans	15 ans
Infirmière 2	-	X	38	Universitaire	7 ans	7 ans
Infirmière auxiliaire	X	-	35	Secondaire+DEP	2 ans	2 ans
Préposée aux bénéficiaires	X	X	45	Secondaire	15 ans	12 ans
Pharmacienne	X	-	37	Universitaire	7 ans	5 ans
Travailleuse sociale	-	X	29	Universitaire	2 ans	1 an
Physiothérapeute	-	C	25	Universitaire	6 mois	1 mois

*groupe de discussion focalisée 1 : septembre 2019 (au début d'application des interventions du SUG) | groupe de discussion focalisée 2 : novembre 2020 (14 mois plus tard, ensemble des interventions appliquées)

Le Tableau 4 présente les trois grands thèmes et les 15 sous-thèmes issus de l'analyse qualitative, ainsi que certaines citations permettant d'illustrer chacun des sous-thèmes. L'analyse a permis de faire la lumière sur l'apport des interventions dans les pratiques des intervenants, les barrières perçues à l'intégration de celles-

ci dans leur routine de soins, ainsi que les solutions proposées pour les surmonter. Les deux groupes de discussion focalisée ont aussi fait émerger l'apport important des nouveaux rôles de l'infirmière clinicienne en gériatrie et du physiothérapeute à l'urgence, ainsi que de l'ajout d'équipements spécialisés.

Tableau 4. Thèmes, sous-thèmes et verbatims issus des groupes de discussion focalisée

THÈMES ET SOUS-THÈMES	VERBATIMS ILLUSTRANT LES SOUS-THÈMES
Apports des interventions du SUG dans les pratiques des intervenants	
Amélioration de l'orientation gériatrique/orientation de la personne/orientation pour le congé	« Ça m'aide beaucoup d'avoir V [inf en gériatrie], de connaître un peu plus les orientations au congé qu'on peut avoir avec la clientèle gériatrique, ça aide beaucoup pour pouvoir donner le bon service après leur congé d'hôpital. Puis être sûr qu'ils vont avoir un bon encadrement, ... faut pas les laisser tomber comme ça » (physio) « Des fois, c'est juste la progression, par exemple, l'insuffisance rénale ou quelque chose comme ça, donc elle va nous orienter sur les bons patients à regarder finalement, qui ont vraiment besoin d'une évaluation en pharmacie » (pharm)
Réduction de la durée des hospitalisations et amélioration des connaissances des services à offrir	« Quand on appelle le physiothérapeute, il dit : "Hey, finalement, il est capable de faire ses pas quand on lui donne le bon outil", puis finalement, retour à domicile et ça va bien. Donc, il y a des congés qui sont plus faciles à ce moment-là » (inf1) « Je pense que ça diminue beaucoup la durée de certaines hospitalisations qui ne seraient peut-être pas nécessaires en trouvant d'autres services à leur offrir à la place de venir à l'hôpital, et que quelqu'un trouve des services et les renvoie à la maison après. Je pense que ça sauve des journées d'hospitalisations à certaines personnes » (physio)
Meilleure collaboration interprofessionnelle/complémentarité permet une évaluation plus approfondie	« Je trouve que ça se complète bien. Par exemple, quand justement il est question de relocalisation, que c'est plus côté social, elle me renvoie un dossier. Cela fait qu'on va travailler en collaboration de cette façon-là. Ça va super bien, vraiment » (TS) « [...] c'est très utile, moi je trouve pour les patients que je vois tout seul, si je trouve qu'il a un peu de problèmes cognitifs ou un peu de misère dans son quotidien, je peux demander à V [inf en gériatrie] de passer voir la personne, et elle peut plus évaluer ça, et en même temps donner des recommandations pour ça. [...] Et de faire vraiment une bonne évaluation physique et cognitive avec une clientèle gériatrique, justement » (physio)
Diminution de la charge de travail	« On le sait qu'il y'a l'infirmière de gériatrie qui va y aller, on sait aussi qu'il y a le physio--à ce moment-là je pense que ça enlève une charge de travail aussi pour nous autres » (inf2) « [...] j'ai quand même l'impression que moi ça m'enlève comme une certaine charge de travail, car V [inf en gériatrie] est beaucoup plus en charge au niveau de la clientèle gériatrique, moi ça me laisse comme plus de lousse pour faire, finalement, ma clientèle en service social » (TS) « Il [physio] a le temps de plus faire marcher les patients, parce que moi, je n'ai pas le temps. Ça vous donne un coup de main aussi. Je pense que cela a aidé vraiment beaucoup » (PAB)
Augmentation de la motivation au travail	« Ça a été quand même stimulant de la traiter et de jaser aussi avec sa famille. J'ai eu le temps. En stab, c'est un pour un, donc j'avais le temps. Ça a été stimulant dans ce sens-là » (inf1) « On fait une consult en bonne et due forme au lieu de juste regarder le dossier vite-vite, donc vraiment on va s'asseoir, on va regarder le dossier, on va faire des suggestions pour la gériatrie ou pour le médecin de famille et tout ça, donc c'est vraiment stimulant » (pharm)
Amélioration de la qualité des soins offerts et des pratiques exemplaires	« Moi je trouve que la qualité des soins est beaucoup mieux chez nos personnes âgées qu'avant l'urgence gériatrique » (inf1)
Ajout de matériel/équipement/outils pour aider les aînés	« Le matériel a rentré, on est bien heureux parce qu'on les cherchait beaucoup. Là je te dirais que c'est plus facile. On a plus accès à des marchettes un peu partout pour les patients. Ça fait du bien. On peut plus le proposer parce qu'on sait qu'on va en avoir de disponibles » (PAB) « Je ne pense pas plus compétents, mais avec des outils de travail, meilleurs, pour les aider. Parce que je pense que la compétence est là avec le temps, puis l'expérience, pour nous. Je pense juste que c'est un outil de travail qui nous a beaucoup aidé » (PAB) « Je ne me sens pas plus compétente, mais oui, c'est vrai : avec plus de marchettes, plus d'outils, ça va nous aider » (inf2)
Amélioration de la mobilisation et de la sécurité de la personne aînée	« [...] on a tendance à les faire plus manger aux fauteuils, de les motiver, de bouger, de les asseoir sur le bord du lit. Écoute, on essaie, c'est sûr, mais des fois c'est rapide. On n'a pas toujours le temps. On essaie » (PAB) « Le gros que je vois moi, dans le fond, c'est pour la sécurité des patients parce que souvent, on ne les connaît pas les patients qui viennent tout juste d'arriver : on ne connaît pas leur mobilité, ce qui fait qu'ils sont plus à risque de chute. [...] cette évaluation est déjà faite, donc on est plus sécuritaires après pour les mobiliser » (inf1)

Barrières à l'intégration des interventions du SUG dans la pratique	
Manque de ressources humaines	« Ce n'est pas normal de fonctionner, disons, pour les préposés, à moins un, moins deux. C'est certain que tu arrives une journée à moins un ou moins deux, malheureusement ce sont les patients qui ne sont probablement pas levés » (PAB) « [...] on n'a pas de pharmaciens à temps plein en gériatrie. En médecine familiale, il n'y a aucun pharmacien. On n'est pas... C'est ridicule » (pharm)
Manque de ressources matérielles	« [...] ce sont des irritants, parce qu'on veut bien, on veut les faire bouger, on veut voir comment ils fonctionnent, mais on n'a pas d'outils de travail [...] on manque de matériel, mais je pense qu'on manque aussi d'outils. On n'a même pas de revues, de journal, un jeu de cartes » (inf aux) « On en a juste un truc là, pour les aider à mieux entendre. C'est rendu qu'on sort des stéthoscopes, et on parle dans le stéthoscope [...] Des fois c'est difficile de communiquer avec la personne âgée parce qu'elle n'a pas ses appareils ou... je ne sais pas si on peut trouver un moyen... ça pourrait vraiment être aidant » (inf2)
Manque de temps/méconnaissance de la situation/historique de la personne aînée	« Elle nous avait dit que même s'ils viennent d'arriver, on les fait boire et manger, on les assoit, on les mobilise. Je pense que ça a duré une semaine, là on n'a plus le temps de le faire. » (inf aux) « Moi, ça m'est arrivé à un moment donné, j'avais une belle consultation de gériatrie à faire, mais j'étais là juste le matin. Donc, le temps que je fasse les autres choses, que j'éteigne mes feux, que je fasse mes prescriptions, je n'avais plus le temps, donc je ne l'ai pas fait » (pharm) « C'est qu'ils arrivent, on ne les connaît pas, donc on ne peut pas savoir si c'est un changement soudain de son comportement, parce qu'il vient d'arriver, donc peut-être qu'il était comme ça à la maison. [...] c'est dur quand ils arrivent à l'urgence. On sait, disons, qu'ils arrivent avec un TNC. C'est correct, mais son état de base, est-il confus? Est-il agité? On ne le sait pas. » (inf1)
Contexte de la COVID a entraîné une restriction dans la mobilité des aînés et une exacerbation du manque de ressources	« Ça s'est amélioré, mais avec le COVID, ça a diminué un petit peu, c'est plus difficile. Il y a eu un impact autant pour les personnes âgées que pour l'application en général. Les personnes âgées, il faut qu'elles restent dans leurs lits, dans leurs chambres. Et quand elles retournent à domicile, elles sont confinées, aussi. Je trouve que ça a un impact pour tout le monde » (inf2) « C'est sûr que nous autres aussi, de notre côté, on manque de ressources, de plus en plus. Dans le contexte COVID, aussi, les ressources diminuent. Je trouve ça quand même plus difficile le manque de ressources même si on est une urgence amie des aînées » (TS)
Solutions proposées pour optimiser les apports des interventions SUG	
Ajout de ressources humaines et matérielles	« Je pense qu'elle pourrait se dédoubler, parce que des fois, elle commence sa journée et elle a tellement de consult, elle a tellement de patients à voir que... » (inf1) « Elle [inf en gériatrie] arrête plus. Elle a des grosses journées. Elle a beaucoup de cas, en rentrant le matin elle a des consultations, elle prend le rapport avec les médecins, de tous les patients. Il faut quasiment qu'elle les voit tous, c'est presque... Il faudrait quasiment la doubler, là » (inf aux) « Sur 40 patients, des fois, il faut qu'elle [inf en gériatrie] en voit la moitié là, c'est sûr que ça pourrait aider d'en avoir une autre là » (inf2) « Ce serait utile qu'il y ait quelqu'un les fins de semaine, si c'est quelque chose qui peut arriver un jour-là » (TS) « Je trouve que ce serait bien, un bénévole pour venir jaser » (inf aux) « De l'aide de bras, c'est sûr que ça ferait une grosse différence » (PAB) « C'est sûr qu'il va falloir pousser pour qu'on ait des outils de travail pour fonctionner » (PAB)
Meilleure organisation du travail	« Un module, c'est ça, exact. Que soit l'infirmière, ou le préposé avec l'infirmière, soit au courant de ses quatre ou six patients à eux, puis qu'elle s'en occupe de ces six patients-là : pas qu'elle s'occupe des 16 patients de l'urgence au complet, parce que la préposée ne peut pas connaître les 16 patients par cœur dans sa journée. [...] Moi je trouve que si on était en module, on connaîtrait mieux nos patients, puis il y aurait déjà une meilleure qualité de soins. C'est mon opinion » (inf) « Comme N [inf] dit, il y en a gros qui ne sont pas pour les modules, mais si on avait le temps d'être avec notre infirmière... Et dans le même module, c'est sûr que ce serait plus gagnant pour le patient, c'est clair » (PAB)

Légende : aux : infirmière auxiliaire; inf : infirmière; PAB : préposée aux bénéficiaires; pharm : pharmacienne; physio : physiothérapeute; SUG : service d'urgence gériatrique; TS : travailleur sociale

Apports des interventions déployées par le SUG

L'analyse suggère que les interventions déployées ont sensibilisé les intervenants aux meilleures pratiques, en plus d'amener certains changements dans l'exercice de leurs fonctions. En effet, les cliniciens ont d'abord mentionné que les interventions ont amélioré la planification du congé hospitalier des personnes aînées. Leurs meilleures connaissances des services à offrir après le congé permettraient de mieux les orienter vers les ressources appropriées, de mieux cibler les évaluations à prioriser et de réduire les hospitalisations après la visite à l'urgence ou d'en minimiser leur durée. Selon les intervenants, l'apport de l'infirmière

clinicienne en gériatrie, ainsi que l'ajout du physiothérapeute, ont aussi amélioré la collaboration interprofessionnelle. Cette approche interdisciplinaire aurait mené à une évaluation plus approfondie des personnes en favorisant une meilleure complémentarité des expertises. De plus, comme ces interventions visaient à promouvoir une responsabilité partagée des soins entre les équipes soignantes, plusieurs de leurs membres ont perçu une réduction de leur charge de travail et se sont sentis davantage motivés professionnellement.

Enfin, les participants ont exprimé que l'ajout d'équipements

spécialisés (marchette, chaises gériatriques, escalier pour le physiothérapeute, chariot de jeux) a permis de mobiliser davantage les personnes âgées, tout en optimisant leur sécurité. Se sentant mieux outillés, les cliniciens ont rapporté être maintenant en mesure d'offrir des soins de meilleure qualité.

Barrières à l'intégration des interventions du SUG dans la pratique

La majorité des participants ont affirmé que le manque de ressources, tant humaines que matérielles, constitue l'une des principales barrières à l'intégration des interventions dans leurs pratiques. Ceux-ci ont aussi mentionné que le flux rapide de consultations inhérent au contexte d'urgence fait en sorte qu'ils manquent souvent de temps pour bien connaître l'historique de la personne et intégrer pleinement les bonnes pratiques du SUG. Le contexte pandémique a exacerbé ce manque de ressources, en plus de freiner la mobilisation des personnes âgées qui devaient demeurer confinées dans leurs civières.

Solutions proposées pour optimiser les apports des interventions du SUG

Les participants ont proposé des pistes de solutions pour surmonter les barrières et ainsi faciliter l'intégration des interventions SUG à leurs pratiques. Celles-ci concernent l'ajout de ressources humaines et matérielles, ainsi qu'une meilleure organisation du travail. Selon les participants, une seconde infirmière clinicienne en gériatrie et de l'aide supplémentaire à l'alimentation et aux activités de la vie quotidienne seraient facilitantes. Par ailleurs, certains participants ont mis de l'avant les avantages potentiels de travailler en « module » (en sous-équipes), une approche favorisant une meilleure connaissance des personnes et des soins de meilleure qualité.

DISCUSSION

Notre étude révèle que plus des trois quarts des mesures SUG ont été appliquées, constituant ainsi une augmentation du taux d'application initial de plus de 30 %. Les intervenants considèrent que les mesures du SUG, notamment l'ajout d'une infirmière clinicienne en gériatrie, d'un physiothérapeute et d'équipements spécialisés, ont amélioré la planification du congé hospitalier, ainsi que la qualité des soins offerts. Ils suggèrent également qu'une augmentation des ressources humaines et matérielles, et une meilleure organisation du travail pourraient contrer les barrières perçues et faciliter l'intégration de ces interventions à leur pratique.

Les taux d'application des interventions obtenus dans cette étude sont supérieurs à ceux de l'ensemble des urgences du Québec, d'après les résultats rapportés par McCusker et al. (22) ayant sondé 76 services d'urgence non psychiatriques (non spécifiquement gériatriques) de la province en utilisant l'EFEDAT. Plus spécifiquement, les items les plus appliqués par notre équipe (liens avec les services de soins à domicile, congé centré sur la personne, équipe gériatrique, personnel multidisciplinaire, initiatives d'amélioration de la qualité) figurent parmi les moins présents à l'échelle provinciale, et ce, malgré le nombre légèrement inférieur d'items dans la version utilisée de l'outil. Ces différences étaient attendues considérant que l'étude, par ses visées interventionnelles, a mis l'accent sur la préparation du congé dans les interventions proposées et l'ajout de formations offertes par l'urgentologue spécialisée en gériatrie. Quant à l'intégration perçue des interventions, la place prépondérante du nouveau rôle d'infirmière clinicienne en gériatrie fait émerger l'importance des qualités de « leader collaboratif impliqué dans les soins directs aux personnes », suggérant la pertinence de rechercher ce profil d'intervenant pour que l'intervention soit



profitable (25). Ces constats sont en lien avec l'étude de Marsden et al. (26) qui souligne le rôle essentiel de l'infirmière spécialisée en gériatrie au sein d'un SUG et la nécessité que celle-ci ait les habiletés pour évaluer les personnes âgées, puis les mettre en lien avec les bons services, et ce, rapidement et efficacement. Le cadre de référence *Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*, récemment paru, va également en ce sens en ajoutant que l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie doit aussi détenir des compétences en collaboration et en communication, en plus de faire preuve d'une grande autonomie et autodétermination (27). Certaines études ont de plus reconnu l'impact positif de l'implantation du rôle d'infirmière clinicienne gériatrique sur la réduction du nombre d'admissions (28,29). Par ailleurs, il ne faut pas sous-estimer l'importance de l'ajout d'équipements spécialisés pour favoriser la mobilisation des personnes âgées. En effet, des études récentes ont rapporté que mobiliser rapidement les personnes lors de leur séjour hospitalier permettrait d'améliorer leur statut fonctionnel (30). Une mobilisation précoce à l'urgence préviendrait également du syndrome d'immobilisation, lequel engendre souvent des complications et le développement de pathologies dans la plupart des organes et systèmes (31,32). D'ailleurs, les personnes âgées admises à l'urgence sont principalement préoccupées par la disponibilité de l'équipement nécessaire afin de rester mobiles et autonomes (33), ainsi que par la préservation de leur statut fonctionnel et leur état de santé antérieurs (34).

Un des principaux défis est la pérennisation de ces interventions : d'une part, le roulement du personnel rend difficile la formation en continu des nouveaux employés; d'autre part, le bri de matériel risque de survenir avec le temps, nécessitant des ressources pour l'entretien et la réparation de certains équipements. Dans un contexte de pénurie de ressources, une des solutions est la réorganisation du travail. Selon les participants, l'approche par « modules », c'est-à-dire une infirmière à la tête d'une équipe d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires, serait à préconiser. Cette approche leur permettrait de mieux connaître les personnes qu'elles soignent et ainsi améliorer la qualité des soins prodigués. Bien que comportant certains défis, cette approche est reconnue pour réduire la durée de séjour (35), en plus d'améliorer la communication et le travail d'équipe (36). Ainsi, la mise en place d'un modèle de soins coconstruit avec les intervenants, priorisant une réorganisation du travail fondée sur une responsabilité partagée, s'avère prometteuse.

Limites de l'étude

Premièrement, l'étude a été menée au sein d'un seul milieu, ce qui limite la transférabilité des résultats. Toutefois, des caractéristiques de l'urgence ciblée (nombre de personnes âgées admises par année, accréditation d'urgence gériatrique) ont été fournies afin de décrire le contexte. Deuxièmement, considérant qu'une seule infirmière clinicienne en gériatrie ait été ajoutée, on ne peut exclure que les bénéfices perçus soient liés davantage aux qualités humaines et professionnelles intrinsèques à cette personne, plutôt qu'à l'intervention en tant que telle. L'analyse des données a toutefois permis de mettre en lumière un apport inhérent à son rôle, au-delà de ses caractéristiques personnelles. Troisièmement, la diminution des hospitalisations perçue par les intervenants n'a pu être objectivée dans le cadre de cette étude. Des recherches futures veilleront à trianguler cette information qualitative avec des données quantitatives, en plus d'intégrer la perception des personnes âgées à l'égard de leur expérience de soins. Enfin, nous ne pouvons exclure que le contexte pandémique

ait pu influencer les résultats, puisqu'il a exacerbé le manque de ressources et freiné l'application de certaines pratiques promues par le SUG, comme une mobilisation accrue des personnes.

CONCLUSION

En vue de mieux répondre aux besoins complexes d'une proportion de personnes âgées fréquentant les urgences qui est appelée à croître, il est impératif d'adapter l'environnement de ces services et de bien outiller le personnel. L'implantation d'une équipe interdisciplinaire guidée par une infirmière clinicienne en gériatrie s'avère particulièrement prometteuse. Cette étude confirme que la mise en place de SUG est non seulement possible, mais également appréciée des intervenants, en agissant positivement sur la perception de la qualité des soins et services qu'ils offrent aux personnes âgées. Les résultats obtenus guideront les stratégies à développer et à instaurer afin d'en améliorer l'adhésion aux interventions. Étant imbriqué dans la pratique, ce modèle de SUG présente un fort potentiel de mise à l'échelle à travers la province. 📌

LES AUTEUR.ES



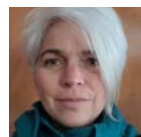
Véronique Provencher

Erg., Ph.D.
Professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS
veronique.provencher@usherbrooke.ca



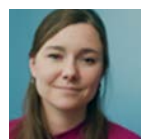
Didier Mailhot-Bisson

Inf., Ph.D.
Professeur adjoint, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Monia D'Amours

Professionnelle de recherche, M. Sc.
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Ariane Grenier

Erg., M.A.
CIUSSS de L'Estrie - CHUS
Chargée de cours, Université de Sherbrooke
Professionnelle de recherche, Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Natasa Obradovic

Erg., M. A.
Doctorante, École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de L'Estrie - CHUS



Audrey-Anne Brousseau

MD, M.Sc., FRCPC
Urgentologue, CIUSSS de L'Estrie-CHUS

REMERCIEMENTS

Les auteur.es remercient Jane McCusker et Nathalie Veillette pour leurs judicieux conseils dans l'utilisation de certains outils et l'interprétation des résultats qui en ont découlé. Les auteur.es sont également reconnaissant.es du précieux soutien de Véronique Poulin dans la mise en œuvre de cette étude.

AIDE FINANCIÈRE

Cette étude a été financée par une subvention de la Fondation Vitae, ayant pour mission la santé et le mieux-être de toutes les personnes qui ont recours aux services du CSSS-IUGS.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteur.es déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Institut canadien d'information sur la santé. SNISA – Visites au service d'urgence : volumes et durée médiane du séjour, 2003-2004 à 2020-2021 – statistiques supplémentaires. Ottawa, ON : ICIS; 2021.
2. Lennox A, Braaf S, Smit V, et al. Caring for older patients in the emergency department: Health professionals' perspectives from Australia - The Safe Elderly Emergency Discharge project. *Emerg Med Australas*. 2019;31(1):83-9. doi:10.1111/1742-6723.13108
3. Kelley ML, Parke B, Jokinen N, Stones M, Renaud D. Senior-friendly emergency department care: An environmental assessment. *J Health Serv Res Policy*. 2011;16:6-12. doi:10.1258/jhsrp.2010.009132
4. Abraham GD, Grudzen CR. Providing quality care to older adults in the emergency department. Dans : Williams BA, Chang A, Ahalt C, Chen H, Conant R, Landefeld C, Ritchie C, Yukawa M. rédacteurs. *Current Diagnosis & Treatment: Geriatrics*. 2e éd. McGraw Hill; 2014.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence. Gouvernement du Québec, 2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/ff/documentation/2010/10-830-03>
6. van Loveren K, Singla A, Sinvani L, Calandrella C, Perera T, Brave M, Becker L, Li T. Increased emergency department hallway length of stay is associated with development of delirium. *West J Emerg Med*. 2021;22(3):726-35. doi:10.5811/westjem.2021.1.49320
7. Möllers T, Perna L, Ihle P, Schubert I, Bauer J, Brenner H. Factors associated with length of stay in hospital patients with and without dementia. *J Alzheimers Dis*. 2019; 67(3):1055-65. doi:10.3233/JAD-180593
8. Koehler BE, Richter KM, Youngblood L, Cohen BA, Prengler ID, Cheng D, Masica AL. Reduction of 30-day postdischarge hospital readmission or emergency department (ED) visit rates in high-risk elderly medical patients through delivery of a targeted care bundle. *J Hosp Med*. 2009;4(4):211-8. doi:10.1002/jhm.427
9. Forsman B, Svensson A. Frail older persons' experiences of information and participation in hospital care. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(16):2829. doi:10.3390/ijerph16162829
10. Welch SJ. Twenty years of patient satisfaction research applied to the emergency department: A qualitative review. *Am J Med Qual*. 2010;25(1):64-72. doi:10.1177/1062860609352536
11. Berning MJ, Oliveira J E Silva L, Suarez NE, Walker LE, Erwin P, Carpenter CR, Bellolio F. Interventions to improve older adults' emergency department patient experience: A systematic review. *Am J Emerg Med*. 2020;38(6):1257-69. doi:10.1016/j.ajem.2020.03.012
12. McCusker J, Vadeboncoeur A, Cossette S, Veillette N, Ducharme F, Minh Vu TT, Ciampi A, Cetin-Sahin Dm Belzile E. Changes in emergency department geriatric services in Quebec and correlates of these changes. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1448-54. doi:10.1111/jgs.14818
13. Carpenter CR, Bromley M, Caterino JM, et al. Optimal older adult emergency care: Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(7):1360-3. doi:10.1111/jgs.12883
14. Geerlings L, Rankin NM, Shepherd HL, Butow P. Hospital-based interventions: A systematic review of staff-reported barriers and facilitators to implementation processes. *Implement Sci*. 2018;13(1):36. doi:10.1186/s13012-018-0726-9
15. Stefánsdóttir NT, Nilsen P, Lindstroem MB, Andersen O, Powell BJ, Tjørnhøj-Thomsen T, Kirk JW. Implementing a new emergency department: A qualitative study of health professionals' change responses and perceptions. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):447. doi:10.1186/s12913-022-07805-w
16. Glenton C, Carlsen B, Lewin S, Wennekes MD, Winje BA, Eilers R, on behalf of the VITAL consortium. Healthcare workers' perceptions and experiences of communicating with people over 50 years of age about vaccination: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;7(7):CD013706. doi:10.1002/14651858.CD013706.pub2
17. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health*. 2000; 23(4):334-40. doi:10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g
18. Colorafi KJ, Evans B. Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD*. 2016;9(4):16-25. doi:10.1177/1937586715614711
19. Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a qualitative description approach in health care research. *Glob Qual Nurs Res*. 2017;4. doi:10.1177/2333393617742282
20. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42(5):533-44. doi:10.1007/s10488-013-0528-y
21. Poulin V, Mailhot-Bisson D, Turcotte-Brousseau AA. Le déploiement du rôle d'une infirmière en pratique avancée en gériatrie à l'urgence : une innovation en Estrie. *Soins d'urgence*. 2021;2(2):35-44. https://aiiuc.qc.ca/wp-content/uploads/2021/11/Novembre2021-RevueAIUQ_A5.pdf
22. McCusker J, Vu TTM, Veillette N, Cossette S, Vadeboncoeur A, Ciampi A, Cetin-Sahin D, Belzile E. Elder-friendly emergency department: Development and validation of a quality assessment tool. *J Am Geriatr Soc*. 2018;66:394-400. doi:10.1111/jgs.15137
23. Le Boterf, G. Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions. 7e éd. Paris : Groupe Eyrolles. 2015.
24. Miles MB, Huberman AM, Saldana J. *Qualitative data analysis : A methods sourcebook*. (3e éd.) Thousand Oaks, California : SAGE. 2014.
25. Giles M, Parker V, Conway J, Mitchell R. Knowing how to get things done: Nurse consultants as clinical leaders. *J Clin Nurs*. 2018;27(9-10):1981-93. doi:10.1111/jocn.14327
26. Marsden EJ, Taylor A, Wallis M, Craswell A, Broadbent M, Johnston-Devin C, Crilly J. A structure and process evaluation of the geriatric emergency department intervention model. *Australas Emerg Care*. 2021;24(1):28-33. doi:10.1016/j.auec.2020.05.006
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée : cadre de référence. Gouvernement du Québec, 2022. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003342/>
28. Aldeen AZ, Courtney DM, Lindquist LA, Dresden SM, Gravenor SJ. Geriatric emergency department innovations: Preliminary data for the geriatric nurse liaison model. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(9):1781-5. doi:10.1111/jgs.12979
29. Sinha SK, Bessman ES, Flomenbaum N, Leff B. A systematic review and qualitative analysis to inform the development of a new emergency department-based geriatric case management model. *Ann Emerg Med*. 2011;57(6):672-82. doi:10.1016/j.annemergmed.2011.01.021
30. Chippala P, Sharma R. Effect of very early mobilisation on functional status in patients with acute stroke: A single-blind, randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2016;30(7):669-75. doi:10.1177/0269215515596054
31. Tousignant-Lafamme Y, Beaudoin AM, Renaud AM, Lauzon S, Charest Bossé MC, Leblanc L, Grégoire M. Adding physical therapy services in the emergency department to prevent immobilization syndrome – a feasibility study in a university hospital. *BMC Emerg Med*. 2015;15:35. doi:10.1186/s12873-015-0062-1
32. Surkan MJ, Gibson W. Interventions to mobilize elderly patients and reduce length of hospital stay. *Can J Cardiol*. 2018;34(7):881-8. doi:10.1016/j.cjca.2018.04.033
33. Cetin-Sahin D, Ducharme F, McCusker J, Veillette N, Cossette S, Minh Vu TT, Vadeboncoeur A, Lachance PA, Mah R, Berthelot S. Experiences of an emergency department visit among older adults and their families: Qualitative findings from a mixed-methods study. *J Patient Exp*. 2020;7(3):346-56. doi:10.1177/2374373519837238
34. Gettel CJ, Venkatesh AK, Dowd H, Hwand U, Ferrigno RF, Reid EA, Tinetti ME. A qualitative study of «What Matters» to older adults in the emergency department. *West J Emerg Med*. 2022;23(4):579-88. doi:10.5811/westjem.2022.4.56115
35. Liu J, Masiello I, Ponzer S, Farrokhnia N. Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-centre study of three different triage processes at a Swedish emergency department. *BMJ Open*. 2018;8(4):e019744. doi:10.1136/bmjopen-2017-019744
36. Liu J, Ponzer S, Farrokhnia N, Masiello I. Evaluation of interprofessional teamwork modules implementation in an emergency department – A mixed-methods case study of implementation fidelity. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):853. doi:10.1186/s12913-021-06822-5



Des ressources destinées aux personnes vivant avec le diabète et aux professionnels de la santé

par **Julie St-Jean**

Diabète Québec est une association sans but lucratif qui accompagne les personnes vivant avec le diabète et les professionnels de la santé depuis des décennies en offrant des services et des ressources. Cet article a pour but de présenter ces différents services et ressources afin que le personnel infirmier des urgences les connaisse davantage, les partage et les utilise à leur plein escent.

Madame Bergevin, âgée de 56 ans, s'est présentée à l'urgence pour de la fatigue, des étourdissements, de la polydipsie et de la polyurie depuis 1 mois. Elle est sur la liste d'attente pour obtenir un suivi avec un médecin de famille. Au triage, l'infirmière a décelé une hyperglycémie à 15 mmol/L à jeun. Dans la section ambulatoire, M^{me} Bergevin est vue par l'urgentologue qui diagnostique un diabète de type 2 *de novo*. Elle reçoit son congé avec une référence pour un suivi en externe avec un endocrinologue et de nouvelles prescriptions. Vous lui faites les enseignements de base sur la nutrition, l'utilisation du glucomètre ainsi que la médication. Elle est très nerveuse et vous pose de multiples questions pour lesquelles vous éprouvez de la difficulté à bien répondre. Votre collègue vous suggère de lui donner les coordonnées de Diabète Québec pour l'aider à gérer sa nouvelle situation de santé.

Mise en situation

QU'EST-CE QUE DIABÈTE QUÉBEC?

Selon les plus récentes données de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de Diabète Canada, près de 1,2 million de personnes sont touchées par le diabète et le pré-diabète au Québec (1,2). Diabète Québec, une association sans but lucratif, accompagne ces personnes depuis près de 70 ans en offrant des services et des ressources. Cet organisme joue aussi le rôle de courroie de transmission des connaissances auprès des professionnels de la santé en proposant de la formation continue et des ressources éducatives utiles à leur pratique.

Les infirmier.ères d'urgence sont impliqué.es dans la prise en charge du diabète, notamment auprès des personnes nouvellement diagnostiquées, celles dont la maladie est mal contrôlée ou encore, celles qui présentent des complications. Diabète Québec souhaite les épauler en partageant ses diverses ressources.

QUELS SONT LES OUTILS ET SERVICES UTILES POUR LE PERSONNEL INFIRMIER ET LES PERSONNES VIVANT AVEC LE DIABÈTE?

Service InfoDiabète

Diabète Québec offre un service gratuit d'aide et de référence aux personnes vivant avec le diabète, à leur entourage et aux professionnels de la santé. L'équipe, composée d'une infirmière et de nutritionnistes spécialisées dans le domaine, offre de l'écoute et répond aux questions par téléphone, courriel et clavardage, du lundi au vendredi.

Téléphone : 1 800 361-3504, option 1

Courriel : infodiabete@diabete.qc.ca

➤ Lien pour le clavardage : diabete.qc.ca/fr/diabete-quebec/contact/clavardage/

Site internet

Au fil du temps, le site internet de Diabète Québec est devenu une référence de choix sur le diabète dans le monde francophone. On y trouve une grande quantité d'informations vulgarisées pour faciliter la compréhension du diabète et la gestion de la maladie. Plusieurs liens dirigent les visiteurs vers des ressources de qualité. L'information est validée et mise à jour régulièrement.



Documents et outils éducatifs destinés au grand public

L'équipe de professionnels de la santé de Diabète Québec bonifie chaque année son offre d'outils éducatifs. Ces documents sont tous offerts en version électronique sur le site internet, en français et en anglais. Les exemplaires papier peuvent même être commandés en communiquant avec les coordonnatrices régionales à l'adresse commandes@diabete.qc.ca.

← Le « Guide pratique pour la gestion du diabète de type 2 » est un outil complet, imagé et vulgarisé. Il fournit

l'information de base sur tous les aspects entourant la gestion du diabète. C'est un outil de choix pour les personnes qui ont reçu depuis peu un diagnostic de diabète. Une version pour les personnes vivant avec le diabète de type 1 sera publiée au cours de l'automne 2023.

Un autre outil que les personnes apprécient beaucoup est « Aide-mémoire pour la personne vivant avec le diabète de type 2 ». Présenté en format carte d'affaires qui se glisse facilement dans le portefeuille, il résume l'information essentielle à avoir sous la main en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.



↑ Parmi la vaste gamme de dépliants proposés, « Apprendre à vivre avec le diabète de type 1 », « Apprendre à vivre avec le diabète de type 2 », « La santé des nerfs », « La santé des reins » et « La santé des yeux » s'avèrent utiles aux infirmier.ères d'urgence qui soignent des personnes qui consultent en raison du diabète.

↓ La publication la plus connue de Diabète Québec est sans conteste le « Coup d'œil sur l'alimentation de la personne vivant avec le diabète ». Elle s'avère un outil simple et visuel pour enseigner les bases de l'alimentation de la personne vivant avec le diabète. Récemment mise à jour, la brochure peut être commandée gratuitement sur le site du MSSS.



Mis à jour tous les deux ans, le « Répertoire des produits pour la gestion du diabète » recense les médicaments, les lecteurs de glycémie, les pompes à insuline et autres produits destinés aux personnes vivant avec le diabète.



Journées de formation thématiques

Universi-D organise des journées de formation sur un thème particulier lié au diabète au cours desquelles des personnes cliniciennes ou du monde de la recherche viennent présenter les données récentes ou les pratiques à encourager. Ces formations attestées se déroulent dans les salles de classe d'Universi-D, à Montréal. Elles sont aussi offertes en différé sur le site internet d'Universi-D. ➔

Suite de la mise en situation

En explorant les services et outils offerts par Diabète Québec, vous avez décidé de vous inscrire à un cours en ligne afin de rehausser vos connaissances sur le sujet et mieux orienter vos prochaines interventions auprès d'une personne nouvellement diagnostiquée avec le diabète. Vous partagez également ces informations à vos collègues de la salle d'urgence qui ne connaissaient pas tous les services et outils offerts par Diabète Québec. Pour ce qui est de votre patiente, M^{me} Bergevin, vous lui donnez les coordonnées du Service InfoDiabète de Diabète Québec et l'encouragez à visionner les cours offerts par Universi-D pour qu'elle obtienne l'information nécessaire à la gestion de son diabète.

↑ FORMATIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELLS DE LA SANTÉ ET AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE DIABÈTE

En 2018, Diabète Québec a mis sur pied son école du diabète Universi-D qui chapeaute toutes les activités de formation destinées aux professionnels de la santé et aux personnes vivant avec le diabète.

Formations en ligne

Couvrant des sujets variés, nos formations sont offertes selon différents formats pour mieux répondre aux besoins de tout le monde. Celles qui s'adressent aux professionnels de la santé mènent à l'obtention d'unités d'éducation continue (SOFEDUC) à la suite de la réussite d'un test.

Notre formation la plus populaire, « Mise à jour sur le diabète », couvre les aspects les plus importants de la prise en charge du diabète. Elle convient tout particulièrement aux professionnels de la santé qui commencent à exercer auprès d'une clientèle vivant avec le diabète et aux personnes qui désirent mettre à jour leurs connaissances sur le sujet. D'une durée de 7 heures, elle est offerte en mode virtuel, en direct ou en différé.

Plus de 15 autres formations en ligne attestées sont offertes aux professionnels. De courte durée, elles portent sur des thèmes pointus de la gestion du diabète. On y trouve, entre autres, un cours sur le counseling des patients diagnostiqués avec le diabète, sur l'hyperglycémie et les maladies bénignes et sur les concepts de base des antidiabétiques et des insulines.

Les personnes vivant avec le diabète ont accès à une offre de cours tout aussi variée. Que ce soit sur les bases du diabète, l'alimentation, la médication ou la gestion de l'hypoglycémie, tous les cours sont gratuits et adaptés au grand public. Ils peuvent s'avérer un complément intéressant à l'enseignement reçu en clinique, que ce soit pour approfondir un sujet ou consolider des acquis.

L'AUTEURE



Julie St-Jean, Dt. P., ÉAD
Nutritionniste, Éducatrice agréée en diabète
Coordonnatrice des services professionnels, Diabète Québec
stjean@diabete.qc.ca

AIDE FINANCIÈRE

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteur est coordonnatrice des services professionnels chez Diabète Québec.

RÉFÉRENCES

1. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Portrait du diabète dans la population québécoise âgée d'un an et plus de 2001 à 2019. Gouvernement du Québec; 2022. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2858-portrait-diabete-population-agee-un-plus.pdf>
2. Diabète Canada. Le diabète au Canada : document d'information. Ottawa; 2021. https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-and-Policy/Background/2021_Background_Canada_French_FINAL.pdf

Note : La version en ligne contient l'ensemble des liens hypertextes pour accéder à la documentation.



Direction des services d'urgence et de la fluidité

Les tableaux de bord sur les données dans les urgences : comment mieux les comprendre

par **Marie-Hélène Hamel** et **Josée Lavigne**

Cet article a pour but de présenter les outils existants servant à la consultation des données concernant les services d'urgence par le personnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et par le public. Ceux-ci peuvent s'avérer utiles pour la prise de décision afin de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et des décideurs.

Annuellement, plus de 3 millions de personnes visitent les services d'urgence à travers le Québec (1). Les membres des équipes administratives, infirmières, professionnelles et médicales saisissent, grâce au Système de gestion de l'urgence (SGU), plusieurs informations concernant l'épisode de soins qui débute dès l'arrivée de la personne et se termine à son départ. Ces données permettent de soutenir la gestion des opérations quotidiennes et d'également consulter des informations actuelles et historiques. Ainsi, pour chaque instance, que ce soit au niveau de l'installation, de l'établissement ou du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), il est possible de prendre des décisions en se basant sur des données (*evidence basis*).

Dans un souci de transparence, des tableaux de bord accessibles au public affichent les données de plusieurs secteurs de soins de santé, dont les urgences. De plus, des données horaires permettant de connaître l'achalandage des urgences ont récemment été ajoutées à celles déjà présentes, brossant ainsi un portrait plus complet de la situation.

TABLEAU DE BORD – URGENCE POUR LE PERSONNEL DU RSSS

Les informations de l'épisode de soins consignées au SGU sont transmises au MSSS pour permettre notamment l'affichage aux tableaux de bord sur le Portail SID au lien suivant : [Portail du SID – Urgence](#).

Les données des sections *État actuel*, *Sommaire exécutif*, *Portrait à court terme* et *Portrait annuel* sont mises à jour à chaque heure ou à chaque jour, ce qui rend cet outil pertinent et utile pour soutenir les opérations quotidiennes. Les sections permettent notamment de fournir des informations pour obtenir un portrait de la situation actuelle et historique en présentant des indicateurs comme le taux d'occupation sur civière, le nombre de visites quotidiennes, le pourcentage d'usagers en attente d'admission, etc. Les Figures 1 et 2 présentent un aperçu de la section *État actuel*.

Figure 1. Aperçu de la section État actuel du Portail du SID – Urgence

Matrice - Taux d'occupation des civières

Région/Établissement/Installation	Nombre de civières fonctionnelles	Taux d'occupation des civières (%)	Nombre d'utilisateurs sur civière de plus de 24 h	Séjours de 24 h et plus sur civière (%)	Séjours de 48 h et plus sur civière (%)	Utilisateurs sur civière en attente d'admission (%)	DMS sur civière (la veille)	Utilisateurs réorientés (la veille) (%)	Délai moyen de PEC (la veille)
01 - Bas-Saint-Laurent	52	59.6 %	2	6.5 %	0.0 %	29.0 %	06 h 26	4.9 %	01 h 40
02 - Saguenay – Lac-Saint-Jean	104	68.3 %	8	11.3 %	0.0 %	25.4 %	12 h 40	7.7 %	02 h 40
03 - Capitale-Nationale	218	90.4 %	43	21.8 %	7.6 %	28.9 %	15 h 52	12.3 %	01 h 50
04 - Mauricie-et-Centre-du-Québec	118	111.9 %	12	9.1 %	0.0 %	23.5 %	13 h 27	19.2 %	03 h 07
05 - Estrie	133	116.5 %	35	22.6 %	9.7 %	36.8 %	17 h 39	12.5 %	02 h 30
06 - Montréal	554	127.4 %	226	32.0 %	15.0 %	40.2 %	21 h 41	12.9 %	02 h 21
07 - Outaouais	83	133.7 %	51	45.9 %	27.9 %	49.5 %	26 h 48	19.4 %	02 h 26
08 - Abitibi-Témiscamingue	37	75.7 %	5	17.9 %	7.1 %	42.9 %	15 h 08	4.8 %	03 h 06
09 - Côte-Nord	41	82.9 %	14	41.2 %	26.5 %	44.1 %	15 h 50	16.6 %	02 h 53
11 - Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	44	81.8 %	11	30.6 %	5.6 %	58.3 %	14 h 50	0.4 %	01 h 52
12 - Chaudière-Appalaches	84	92.9 %	11	14.1 %	1.3 %	25.6 %	16 h 10	13.4 %	01 h 48
13 - Laval	49	159.2 %	8	10.3 %	2.6 %	26.9 %	19 h 56	16.5 %	02 h 17
14 - Lanaudière	69	173.9 %	29	24.2 %	2.5 %	45.8 %	19 h 46	20.6 %	02 h 05
15 - Laurentides	115	153.9 %	72	40.7 %	17.5 %	50.3 %	27 h 28	13.4 %	03 h 31
16 - Montérégie	239	126.8 %	112	37.0 %	13.5 %	47.5 %	19 h 04	19.9 %	03 h 01
Total	1,940	116.3 %	639	28.3 %	11.4 %	39.3 %	18 h 35	13.4 %	02 h 27

Figure 2. Aperçu de la section État actuel du Portail du SID – Urgence

USAGERS SUR CIVIÈRE ET AMBULATOIRE PRÉSENTS À L'URGENCE À 8H			
PRIORITÉ	PRÉSENT	EN ATTENTE DE PEC	DÉLAI MOYEN D'ATTENTE DES USAGERS SANS PEC
P1	36	1	02 H 41
P2	579	38	03 H 30
P3	1427	300	05 H 00
P4	756	363	06 H 40
P5	171	99	04 H 09
TOTAL	2 969	801	05 H 34

Figure 3. Aperçu de la section Performance du Portail du SID – Urgence

Établissement/Installation	Nb. civ. fonct.	Amb. réo. (%)	Départ sans PEC (%)	Délai PEC amb.	Visites sur civ. (%)	Taux occ. civ. (%)	DMS sur civ.	Séj. 24 h et plus sur civ. (%)	DMS sur civ. non hospit. et sans cons.	Usagers sur civ. avec au moins une cons. (%)	Impact cons.	Usagers sur civ. avec dem. d'adm. (%)	Usagers sur civ. hospit. (%)	Délai entre arrivée et demande adm.	Délai entre demande d'adm. et départ urgence
01 - CISSS DU BAS-SAINT-LAURENT	52	4.6 %	10.2 %	02 h 07	24.9 %	64.0 %	08 h 13	3.4 %	06 h 19	14.9 %	06 h 10	32.5 %	30.8 %	06 h 26	05 h 17
01 - CENTRE HOSPITALIER D'AMQUI	6	0.8 %	11.2 %	01 h 57	44.8 %	71.8 %	05 h 09	0.8 %	04 h 31	0.6 %	05 h 22	15.6 %	14.6 %	04 h 57	04 h 10
01 - CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU GRAND-PORTAGE	9	9.9 %	9.1 %	02 h 30	27.2 %	76.8 %	10 h 17	3.6 %	07 h 25	40.2 %	06 h 05	44.8 %	42.5 %	07 h 39	05 h 09
01 - CENTRE HOSPITALIER TROIS-PISTOLES	3	1.2 %	8.8 %	01 h 27	13.5 %	48.9 %	08 h 29	4.6 %	07 h 25	0.2 %	00 h 36	7.7 %	7.1 %	20 h 45	01 h 31
01 - CLSC DE POHENEGAMOOK	3	1.1 %	7.2 %	00 h 50	5.8 %	15.6 %	06 h 42	2.1 %	06 h 42	-	-	-	-	-	-
01 - HÔPITAL DE MATANE	7	0.3 %	10.9 %	03 h 01	25.1 %	52.5 %	06 h 43	2.3 %	05 h 46	0.5 %	00 h 46	34.7 %	32.6 %	05 h 06	04 h 11
01 - HÔPITAL DE NOTRE-DAME-DU-LAC	5	1.5 %	9.0 %	01 h 37	19.7 %	62.0 %	09 h 55	6.4 %	08 h 48	4.6 %	08 h 02	28.6 %	26.5 %	07 h 26	05 h 43
01 - HÔPITAL NOTRE-DAME-DE-FATIMA	7	0.2 %	6.9 %	01 h 30	19.2 %	38.6 %	07 h 12	0.4 %	06 h 19	8.6 %	05 h 50	34.3 %	32.8 %	04 h 55	03 h 26
01 - HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI	12	12.3 %	13.6 %	03 h 01	28.5 %	88.9 %	09 h 58	5.8 %	07 h 04	25.9 %	04 h 40	43.5 %	41.6 %	06 h 27	06 h 40
02 - CIUSSS DU SAGUENAY - LAC-SAINT-JEAN	104	6.9 %	10.0 %	02 h 58	30.7 %	73.7 %	11 h 53	11.3 %	08 h 22	18.9 %	10 h 10	31.1 %	29.8 %	09 h 41	08 h 14
02 - HÔPITAL D'ALMA	17	11.6 %	12.3 %	03 h 07	23.4 %	53.4 %	09 h 38	4.3 %	07 h 38	15.8 %	05 h 22	35.9 %	34.9 %	07 h 35	05 h 05
02 - HÔPITAL DE CHICOUTIMI	41	6.6 %	10.1 %	03 h 18	41.6 %	83.6 %	12 h 58	15.0 %	07 h 44	27.2 %	12 h 12	33.4 %	32.1 %	10 h 32	08 h 54
02 - HÔPITAL DE DOLBEAU-MISTASSINI	10	3.5 %	7.3 %	01 h 59	16.0 %	46.8 %	11 h 55	12.6 %	08 h 21	6.6 %	06 h 35	39.2 %	36.4 %	05 h 53	12 h 52
02 - HÔPITAL DE LA BAIE	7	2.4 %	6.9 %	02 h 51	20.1 %	66.5 %	10 h 01	5.0 %	09 h 08	-	-	12.5 %	12.3 %	14 h 16	02 h 15

Figure 4. Aperçu du tableau de bord public – Performance RSSS

Faits saillants	Première ligne	Chirurgie	Pré-hospitalier...	Urgence	Urgence - quotidien	Activité hospitalière	Ressources humaines	Santé mentale	Protection de la jeunesse	Aînés et personnes vulnérables	Expérience patient	Santé publique	Prévention
-----------------	----------------	-----------	--------------------	---------	---------------------	-----------------------	---------------------	---------------	---------------------------	--------------------------------	--------------------	----------------	------------

Faits saillants

Informations
 Surveillez les graphiques pour afficher plus de détails.
 Actualisez la page de votre navigateur pour réinitialiser les sélections.
 Pour plus d'informations sur les indicateurs présentés, veuillez consulter les [notes méthodologiques](#).

Date de mise à jour du tableau de bord : 2023-03-21

Région, Établissement

Tout

Première ligne 28 février 2023 Accès à un service de première ligne 88,9 % (% de la population) + 0,07 % Variation bimensuelle	Chirurgie 11 mars 2023 Demandes au GAP traitées en 36 heures ou moins 91,2 % (% de demandes) + 0,77 % Variation hebdo.	Santé mentale 04 mars 2023 Personnes en attente d'un service 21 068 (Nombre de personnes) + 197 Variation hebdo.	Protection de la jeunesse 25 février 2023 Attente moyenne pour obtenir une évaluation 46,83 (Nombre de jours) + 1 Variation périodique
Ressources humaines 25 février 2023 Personnel en emploi 330 776 (Nombre de personnes) - 12 518 Variation annuelle	25 février 2023 Heures supplémentaires 6,31 % (Taux) + 0,25 pts de % Variation annuelle	25 février 2023 Personnel absent 56 827 (Nombre de personnes) - 4 965 Variation annuelle	Soutien à domicile 2022-2023 P10 Personnes en attente d'un premier service 18 918 (Nombre de personnes) + 36 Variation périodique
Expérience patient 5 mars 2023 Avis positifs - expérience globale 62,12 % (Taux cumulé) Projet pilote	Consultez la « situation dans les urgences » (mise à jour à l'heure)		
Préhospitalier d'urgence 10 décembre 2022 Durée moyenne d'arrivée au patient - type urgent 12 min 20 s (Nombre de minutes) - 0 min 15 s Variation hebdo.	Urgence 20 mars 2023 Délai de prise en charge après le triage 02 h 34 (Nombre d'heures) ▲ Évolution 30 derniers jours	20 mars 2023 Durée moyenne de séjour ambulatoire (civilière non requise) 04 h 41 (Nombre d'heures) ▲ Évolution 30 derniers jours	20 mars 2023 Durée moyenne de séjour sur civilière 17 h 19 (Nombre d'heures) ▼ Évolution 30 derniers jours
Activité hospitalière 17 mars 2023 Usagers ne requérant plus de soins en centre hospitalier 11,57 % (Taux) - 0,06 % Variation hebdo.			

De plus, des données sont disponibles à chaque période financière, c'est-à-dire environ à tous les 28 jours. Celles-ci sont accessibles dans les sections *Sommaire détaillé*, *Flux et délais*, *Performance*, *Consultation* et *Entente de gestion*. Elles permettent de détailler les volumes selon la raison de visite, la priorité de triage, le diagnostic, l'âge, etc.

Parmi les informations recueillies, il est possible de calculer des indicateurs de temps définis tels que le délai moyen de prise en charge médicale, la durée moyenne de séjour sur civière ainsi que le délai moyen entre la demande d'admission et le départ de l'utilisateur. On y retrouve également des indicateurs de performance comme le pourcentage de visites sur civière, le pourcentage d'utilisateurs sur civière de plus de 24 heures et le pourcentage de départs avant prise en charge. Ces derniers permettent ensuite de cibler les problématiques existantes, de définir des objectifs d'amélioration, de mettre en place des solutions, ainsi que de mesurer l'atteinte de ces objectifs. La Figure 3 présente un aperçu de la section *Performance*.

PERFORMANCE DU RSSS POUR LA POPULATION

Le MSSS a récemment mis en place des tableaux de bord destinés au public qui présentent notamment une section pour les données des urgences. Ceux-ci peuvent être consultés via le site du Gouvernement du Québec : Performance du réseau de la santé et des services sociaux | Gouvernement du Québec (quebec.ca). La Figure 4 présente un aperçu du tableau de bord public – Performance RSSS.

DONNÉES OUVERTES POUR LA POPULATION

En plus des tableaux de bord mentionnés précédemment, des données ouvertes, représentant diverses informations rendues disponibles par des villes, des ministères et des organismes, permettent une diffusion au public. Celles-ci peuvent être consultées via le site du Gouvernement du Québec au lien suivant : Situation dans les urgences au Québec | Gouvernement du Québec (quebec.ca) ou être utilisées par des applications d'entreprises privées telles que Doctr, ERInfo, Index Santé et GoWell. La Figure 5 illustre un aperçu des données.

Figure 5. Exemples de données présentées sur le site du Gouvernement du Québec

Ensemble du Québec

Attente moyenne au 811 (de la veille): **01 h 02**

Nombre de personnes qui attendent de voir un médecin à l'urgence : **790**

Nombre total de personnes à l'urgence: **3373**

Taux d'occupation des civières: **107 %**

Durée moyenne de séjour des personnes dans la salle d'attente (de la veille): **04h39**

Durée moyenne de séjour des personnes en attente sur une civière (de la veille): **15 h55**

Depuis plusieurs années, seul le *Taux d'occupation des civières* était présenté, ce qui était peu représentatif de l'achalandage du secteur ambulatoire. Désormais, on y retrouve le nombre de personnes en attente de voir un médecin, le nombre total de personnes présentes ainsi que la durée moyenne de séjour des patients sur civière ou ambulatoires ayant quitté la veille, permettant ainsi à la clientèle d'avoir un portrait plus complet de la situation.

En conclusion, le MSSS poursuit ses efforts pour la collecte d'informations dans les urgences afin que celles-ci puissent être utilisées dans des outils d'aide à la décision dans le but de répondre adéquatement aux besoins des utilisateurs et des décideurs. À cet effet, un projet de rehaussement du cadre normatif du système d'information de gestion des urgences (SIGDU), auquel certains membres de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence (AIUQ) participent, est en cours afin de bonifier les informations actuellement disponibles au MSSS. ➔

RÉFÉRENCE

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Guide de gestion des urgences. Gouvernement du Québec; 2022. <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-orientations-et-organisation-du-reseau/>

LES AUTEURES :



Marie-Hélène Hamel

Bacc. en administration des affaires
Conseillère clinique au MSSS
dsu@msss.gouv.qc.ca



Josée Lavigne

Bacc. en mathématiques
Statisticienne au MSSS

AIDE FINANCIÈRE :

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

CONFLITS D'INTÉRÊTS :

Les auteurs déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts.

REMERCIEMENTS :

La direction des services d'urgence et de la fluidité (DSUF) souhaite remercier les membres du réseau de la santé pour les idées proposées ainsi que les membres de la direction adjointe de la diffusion de l'information de gestion pour les nombreux travaux effectués visant la mise en place des tableaux de bord des urgences.

Note : La version en ligne contient l'ensemble des liens hypertextes.

Vous aussi vous voulez contribuer
à la revue *Soins d'urgence*?

Proposez un article!

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

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

Merci à nos généreux partenaires

PARTENAIRES ANNUELS DE L'AIIUQ



NOS COLLABORATEURS





DEVENIR MEMBRE DE L'AIIUQ

BEAUCOUP D'AVANTAGES À ÊTRE MEMBRE!

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

RABAIS AVANTAGEUX

- Prix réduit sur les 20 formations annuelles de l'AIIUQ (CTAS, Toxicologie, EPICC – Fondements, EPICC – Pédiatrique, EPICC – Traumatologie, Cardiologie, CAMATA, et bien d'autres);
- Prix réduit sur le Congrès et le Symposium annuel de l'AIIUQ.

ACCÈS PRIVILÉGIÉS

- Accès gratuit à la plateforme de formation en ligne en médecine d'urgence TopSI;
- Accès à des annonces spécialisées en soins d'urgence sur la section membres du site Internet;
- Accès aux bourses d'études (une bourse de 500 \$ et une bourse de 1000 \$);
- Accès gratuit pendant un an à l'application mobile EZDrip;
- Possibilité de recevoir la revue *Soins d'urgence* en format papier.

SOUTIEN EN TOUT TEMPS

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



POUR DEVENIR MEMBRE, RENDEZ-VOUS SUR : WWW.AIIUQ.QC.CA/ADHESION