

perspective **infirmière**



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Septembre • octobre 2019
Vol. 16 n° 4

 ACFA

**Vaccination durant
l'enfance : intervention
incontournable pour
la santé publique**

Promouvoir
l'activité physique
pendant la
grossesse

Inhibiteurs
du SGLT2
et diabète
de type 2

Confidentialité
et accès au
dossier

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

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

Rôle élargi



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

EXIGENCES

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

AVANTAGES

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



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

Centre de Santé Inuulitsivik
www.inuulitsivik.ca

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

On s'occupe de vos finances. On vous laisse le soin des patients.

Économisez jusqu'à **1 035 \$*** annuellement.
Adhérez à l'offre exclusive pour les **infirmier(ère)s**.



Fière partenaire de:

**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

bnc.ca/infirmier

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

SOMMAIRE

Septembre • octobre 2019 — Vol. 16 n° 4

ÉDITORIAL

- 06 — Vivre dans la dignité en CHSLD, un impératif absolu

PORTRAIT

- 14 — Jean Roussel
Engagé dans le développement professionnel

FONDATION

- 16 — Première communauté virtuelle de pratique en soins intensifs néonataux

INNOVATION CLINIQUE

Prix régionaux
Banque nationale 2018

- 19 — Québec
Soutenir les victimes d'agression sexuelle

ÉVÉNEMENT

- 63 — La Soirée Florence 2019 en photos

DÉONTOLOGIE

- 70 — Rappel des obligations de l'infirmière
Confidentialité et accès au dossier médical

L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 72 — Choisir des activités d'apprentissage pertinentes à sa pratique
Norme de formation continue

EN BREF

- 08 — Le plan de carrière : penser et tracer sa route
Avis du Comité jeunesse de l'OIIQ

- 11 — Nadine Molien
Offrir les meilleurs soins aux enfants

MYTHES ET RÉALITÉS

- 12 — À propos de la coloscopie
Réponses en p. 68

PRATIQUE CLINIQUE

- 20 — La douleur lors de l'accouchement : un processus physiologique

- 36 — Remplacement de la valve aortique chez le jeune adulte et procédure de Ross

- 42 — Promouvoir l'activité physique prénatale

- 50 — Évaluer le développement de l'enfant : des outils pour soutenir le rôle de l'infirmière

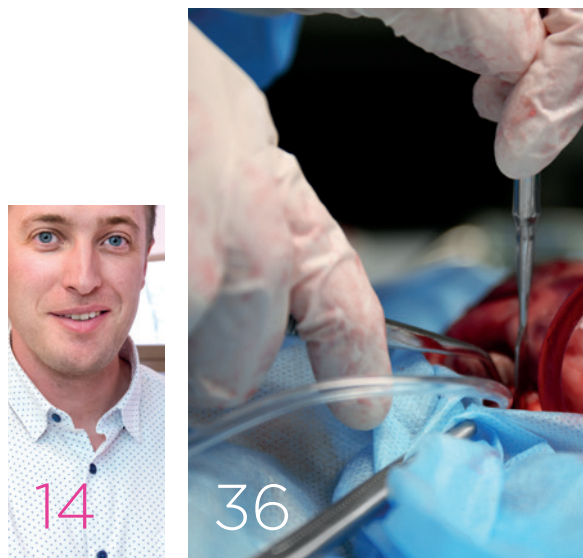
PHARMACOVIGILANCE

- 56 — Diabète de type 2
Inhibiteurs du SGLT2 : nouvelle classe de médicaments oraux

25 ET 26 NOVEMBRE
CONGRÈS OIIQ
2019

“ LE SYSTÈME,
LA PRATIQUE
ET MOI ”

oiiq.org/congres-2019





26 — Vaccination durant l'enfance
Intervention incontournable pour la santé publique

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU



Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF Caroline Baril	COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ Direction, Développement et soutien professionnel Joël Brodeur, infirmier, Directeur
GRAPHISME ET MISE EN PAGES Mario Paquette	Chantale Desbiens, infirmière Directrice adjointe à la pratique infirmière
RÉVISEUR LINGUISTIQUE Alexandre Roberge	Marie-Eve Arsenault, infirmière Conseillère à la consultation professionnelle
CORRECTRICE D'ÉPREUVES Marlène Lavoie	Esther Cimon, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique (formation continue)
GRILLE GRAPHIQUE Isabelle Gagné et Luc Girard pour MissPixels	Julie Gélinas, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique
IMPRIMEUR Norecob	Magali Morin, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique
PAGE COUVERTURE © Stocksy	Stéphanie Plante-Blanchette, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique (formation continue)

COLLABORATEURS
Dalila Benhabrou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Geneviève Boily, B. Sc. inf., M. Sc. – Louise Bouchard – Myriam Brisson, inf., M. Sc. – Annie Bronsard, sage-femme, B. Sc. – Catherine Crépeau – Geoffrey Dirat – François-Adrien Duvauchelle, IPSSA – Julie Dwyer, M. Sc. (A) – Ismail El-Hamamsy, M.D., Ph. D. – Patricia Germain, inf., Ph. D. – Marie-Hélène Giasson, inf., M. Sc., IPSSA – Véronique Larouche, inf., M. Sc. – Caroline Lemay, inf., M. Sc. inf. – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Audrey Lortie, inf., B. Sc. inf., M. Sc. (c.) – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Magali Michaud, inf., B. Sc. inf. – Marie-Michelle Mony, B. Sc. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. – Anne-Caroline Platret – Jean-Dominic Rioux, IPSSA – Stéphanie-May Ruchat, Ph. D. – Audrey St-Laurent, B. Sc. – Michaël Tusch, inf., B. Sc., étudiant M. Sc., IPSSA – Catherine Vandemeulebroocke, inf., M. Sc. (c.) – Stéphanie Vézina, inf., M. Sc. – Jenifer Yee, Pharm. D., M. Sc. –

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

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

PUBLICITÉ
Julie Diamond
Communications
Courtier publicitaire

En collaboration avec
AGC Communications
514 509-9118
partenaires@oiiq.org

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

TARIFS pour 1 an
Canada : 16,28 \$ taxes applicables comprises
Autres pays : 73 \$
Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

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

DÉPÔT LÉGAL 2019
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1708-1890
Répertoire dans Repère, PubMed, Cinahl et BDSP Pascal
N° d'enregistrement 9790
Parution : septembre 2019
Convention de la Poste-publications
N° 40062569

CCAB DIFFUSION
Diffusion 80 873 copies
(CCAB/BPA : mars 2019)

LOGO FSC

Vivre dans la dignité en CHSLD, un impératif absolu



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

Notre Code de déontologie nous offre les moyens de prendre position en faveur de ces personnes d'une vulnérabilité extrême.

Si nous constatons que le réseau de la santé est sous tension en ce moment, la situation dans les CHSLD du Québec l'est encore plus. Nous ne devons jamais perdre de vue que les clientèles âgées résidant en CHSLD ont des états de santé complexes. Mentionnons que les deux tiers des personnes âgées hébergées souffrent d'au moins trois problèmes de santé, comme le diabète, l'hypertension, l'insuffisance rénale chronique, l'arthrite, l'ostéoporose, les douleurs chroniques, les troubles neurocognitifs et les troubles mentaux.

Les conditions de santé des personnes hébergées dans les ressources privées ou non institutionnelles de type familial, intermédiaire ou privé sont toutes aussi préoccupantes, sinon plus. Leur état de santé physique, mental et psychosocial est suffisamment complexe pour requérir une surveillance et une intensité des soins importantes. Or, il est très choquant de constater que plusieurs de ces ressources n'offrent pas ou trop peu d'accès à des soins et des services que seules des infirmières peuvent offrir. Trop de personnes se trouvent ainsi privées de soins essentiels adaptés à leur condition de santé.

L'ÉVALUATION, ACTIVITÉ PHARE DE NOTRE PROFESSION, EST LA CLÉ POUR UNE OFFRE DE SOINS ADÉQUATE

Les problématiques sont majeures : peu de médecins, absence de médecins spécialistes et présence insuffisante d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposées aux bénéficiaires. Les études de Decker (2008) et de Kim et al. (2009) confirment que l'infirmière a un effet important sur la qualité des soins. Il faut cesser de croire que l'ajout d'autres types d'employés pour combler une absence ou un manque d'infirmières maintient une aussi bonne qualité de soins. La situation actuelle est intenable. Dans bien des cas, les CHSLD font état de manque de préposées aux bénéficiaires et d'infirmières auxiliaires. Dans de tels cas, les infirmières sont appelées à remplacer ces membres de l'équipe soignante afin de pouvoir prodiguer des soins de base aux résidents. Lorsque cela se produit, l'infirmière n'est pas en mesure de faire ce qu'on attend d'elle, soit les activités réservées essentielles de l'infirmière et à risque de préjudice : évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique; assurer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier; effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes; et administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. Cette situation a des impacts importants sur la qualité et la sécurité des soins.

Nous devons affirmer haut et fort que notre profession est la clé d'une prestation de qualité et sécuritaire des soins. La composition des équipes est donc importante. L'infirmière et l'infirmier sont les professionnels en mesure d'évaluer la symptomatologie des personnes tout en tenant compte du contexte organisationnel et environnemental. Notre Code de déontologie nous offre en outre les moyens de prendre position en faveur de ces personnes d'une vulnérabilité extrême. Notre Code stipule en effet que nous avons le devoir de prendre tous les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client (le patient). La dernière demeure doit offrir des conditions de soins de grande qualité aux générations qui ont travaillé d'arrache-pied pour nous léguer le Québec d'aujourd'hui.

NOUS DEVONS RECONNAÎTRE QUE LES SOINS AUX PERSONNES HÉBERGÉES EXIGENT UNE GRANDE EXPERTISE

La pratique infirmière en CHSLD est hautement complexe, entre autres en raison du portrait clinique préalable à l'admission : polymédication, polypathologies, difficulté de communication, troubles cognitifs, difficulté de mobilité, pour ne nommer que ces cas. Les soins proposés à une personne hébergée exigent le développement de compétences spécifiques à cette clientèle et, idéalement, d'une certaine maturité professionnelle. Les infirmières doivent maintenir un plan de développement professionnel tout au long de leur pratique afin que celle-ci soit conforme et appuyée sur les données scientifiques les plus récentes.

C'est pourquoi les établissements de santé doivent procurer un soutien particulier aux infirmières novices et expérimentées afin de favoriser une démarche clinique tenant compte des particularités d'évaluation et d'intervention auprès de la personne hébergée et de sa famille. Dans les conditions d'exercice actuelles, les infirmières et infirmiers ne peuvent agir comme des professionnels de haut niveau. Un virage radical est attendu.

Les soins à offrir à une personne hébergée exigent le développement de compétences spécifiques à cette clientèle et, idéalement, d'une certaine maturité professionnelle. Les infirmières doivent maintenir un plan de développement professionnel tout au long de leur pratique afin que celle-ci soit conforme et appuyée sur les données scientifiques les plus récentes.

DES MESURES INÉVITABLES : DES RATIOS RAISONNABLES ET UN NIVEAU DE FORMATION ADÉQUAT

Les mesures à mettre en place sont connues. Les travaux de Duffield et al. (2011) ont démontré que des ratios moins élevés infirmière-résidents diminuent les cas d'infection urinaire, de pneumonie et d'arrêt cardiaque. Les durées de séjour et les taux de mortalité s'en trouvent aussi réduits. Cette étude établit aussi que plus le niveau de formation des infirmières est élevé, plus le taux de mortalité des patients diminue. De là l'importance d'une formation initiale adéquate et de la formation continue tout au long de la vie professionnelle.

Notre société est arrivée à un tournant. Après des années de prise de position en faveur d'une amélioration de l'offre de soins pour les personnes hébergées, l'OIIQ voit arriver une lueur d'espoir. Jusqu'à preuve du contraire, nous croyons que les futurs travaux menés par le Comité d'experts ministériel pour les soins en CHSLD, mis en œuvre par Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, permettront des avancées en offres de soins aux aînés. Nous avons confiance que tous ces experts réunis sauront faire une différence, d'autant plus que la Ministre a reconnu dernièrement l'importance des expertises infirmières en intégrant, dans ce comité, une infirmière experte en soins aux personnes âgées.

Qu'attend donc le Québec pour offrir à nos aînés ce qui leur est dû?



RÉFÉRENCES

- Decker, F. H. (2008). «The relationship of nursing staff to the hospitalization of nursing home residents». *Research in Nursing & Health*, 31(3), 238-251. Repéré à <https://doi.org/10.1002/nur.20249>
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. et Aisbett, K. (2011). «Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes». *Applied Nursing Research*, 24(4), 244-255. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004>
- Kim, H., Harrington, C. et Greene, W. H. (2009). «Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal analysis». *The Gerontologist*, 49(1), 81-90. Repéré à <https://doi.org/10.1093/geront/gnp014>
- Kim, H., Kovner, C., Harrington, C., Greene, W. et Mezey, M. (2009). «A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies». *Journals of Gerontology-Series B*, 64(2), 269-278. Repéré à <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn019>

Le plan de carrière : penser et tracer sa route

En 2018, le Comité jeunesse (CJ) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a déposé un avis portant sur l'importance d'encourager le développement du plan de carrière dès le début des études afin d'assurer la professionnalisation de la relève infirmière. Cet article propose une version abrégée de l'avis en vue d'engager une réflexion sur ce sujet : quelle est la différence entre le plan de carrière et le plan professionnel et quels sont les bénéfices, les défis et les conditions gagnantes à leur réalisation?

par CAROLINE LEMAY, inf., M. Sc. inf., et AUDREY LORTIE, inf., B. Sc. inf., M. Sc. (c.)

Fréquemment confondus, le plan de carrière et le plan de développement professionnel partagent plusieurs similarités, notamment l'élaboration d'objectifs visant le développement ainsi que l'accomplissement professionnel et personnel. Bien qu'ils soient complémentaires et non mutuellement exclusifs, ils réfèrent à deux éléments distincts. Le CJ propose sa définition de chacun de ces plans (**Encadré 1**).

Encadré 1

DÉFINITIONS RETENUES PAR LE COMITÉ JEUNESSE DE L'OIIQ

PLAN DE CARRIÈRE

Projet élaboré comportant une suite ordonnée d'opérations, d'étapes, de moyens destinée à atteindre des buts à caractère professionnel dans une carrière (Office québécois de la langue française, 2003).

PLAN DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Processus ininterrompu et permanent dans lequel l'infirmière s'engage activement tout au long de sa vie professionnelle à acquérir de nouvelles connaissances qui lui permettront de développer ses compétences par des activités d'apprentissage qui répondent à des besoins personnels ou professionnels (Ouellet et Mukamurera, 2017).

Le **plan de carrière** représente un objectif d'accomplissement professionnel, une projection de l'emploi ou d'un poste souhaité au cours de sa carrière. Il peut représenter l'atteinte d'une expertise visée ou encore une progression au sein de l'organisation. Ce sont les étapes « ordonnées » qui devront être réalisées pour viser la poursuite de l'objectif. Par exemple, si l'objectif du plan de carrière d'une infirmière est de devenir infirmière praticienne spécialisée (IPS), une série d'étapes préalables sera nécessaire pour y parvenir. L'infirmière devra, entre autres, acquérir l'expérience clinique pertinente en regard de la formation souhaitée et s'assurer d'avoir les préalables pour l'inscription universitaire.

La réalisation d'un plan de carrière peut contribuer à donner un sens à sa pratique et, par conséquent, augmenter la motivation et l'implication dans les milieux. Les aspirations et la personnalité de chaque personne font partie des facteurs qui modulent ce plan. Un mentor, une collègue ou une infirmière ayant croisé votre parcours peut être une source d'inspiration et de motivation à enrichir et à faire progresser votre plan de carrière. En d'autres mots, on peut concevoir le plan de carrière comme une destination ou une finalité, alors que le **plan de développement professionnel** constitue les moyens (professionnels ou académiques), comme un trajet ou la route pour y parvenir.

PLUSIEURS CHEMINS POSSIBLES

Le plan de carrière peut prendre une forme « verticale », mais aussi « horizontale ». La verticalité représente la progression hiérarchique au sein d'une organisation. Il pourrait s'agir de vouloir accéder à des fonctions de gestion ou de direction. L'horizontalité, quant à elle, renvoie à la progression dans un secteur ou une spécialité. Par exemple, une infirmière œuvrant en soins à domicile pourrait, par le biais d'activités de développement professionnel continu, vouloir acquérir une expertise en débridement chirurgical conservateur des plaies. Par le fait même, elle pourrait ainsi se démarquer professionnellement dans le suivi des soins de plaies complexes.

Les deux formes de cheminement (vertical et horizontal) peuvent également être complémentaires : ils ne sont pas mutuellement exclusifs. Le plan de carrière se doit d'être malléable et flexible et doit tenir compte de différents enjeux pouvant faire obstacle au développement professionnel et à la réalisation d'un plan de carrière. Parmi ceux-ci, on dénote la complexification des soins, l'évolution du rôle infirmier, les enjeux organisationnels (rétention de main-d'œuvre, surcharge de travail, etc.) et les difficultés d'accès à la formation continue en milieu de travail.

Au vu d'une consultation menée par le CJ en 2018 et des plus récents écrits en la matière, trois conditions favorables au développement professionnel et à la réalisation d'un plan de carrière ont été retenues (**Encadré 2**).

PROCESSUS DYNAMIQUE ET ÉVOLUTIF

En somme, le CJ de l'OIIQ est d'avis que l'élaboration d'un plan de carrière et de développement professionnel est incontournable dans le but d'assurer la professionnalisation de la relève infirmière. Ce processus s'entame dès la formation initiale et se poursuit tout au long de la carrière. Il sera également teinté par les rencontres inspirantes et les événements marquants vécus pendant le parcours professionnel. L'élaboration d'un plan de carrière peut être un processus créatif et parsemé d'idées, d'objectifs et de rêves.

Encadré 2

CONDITIONS FAVORABLES AU DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET À LA RÉALISATION D'UN PLAN DE CARRIÈRE

1. Favoriser l'appropriation de la notion du développement professionnel en l'incluant dans le cursus de formation initiale afin de responsabiliser la relève à ce sujet.
2. Utiliser à leur plein potentiel les connaissances et l'expertise acquises à l'université et dans les activités de formation continue.
3. Encourager les infirmières à assurer leur développement professionnel et à respecter la norme professionnelle de formation continue.

Ce processus s'entame dès la formation initiale et se poursuit tout au long de la carrière. Il sera également teinté par les rencontres inspirantes et les événements marquants vécus pendant le parcours professionnel.

La volonté des partenaires-clés de créer des conditions optimales à l'identification et à l'atteinte d'objectifs précis concernant le plan de carrière favorise la mise à profit des connaissances et de l'expertise acquises en formation initiale ou en formation continue. Il y a fort à parier que la prestation sécuritaire des soins en bénéficierait. Les nouvelles connaissances de l'infirmière et la consolidation des différents savoirs inhérents à la discipline entraîneront des retombées positives au quotidien au profit de la clientèle. Le plan de carrière comme levier de professionnalisation permet à la relève infirmière de déterminer des possibilités de développement professionnel et d'occuper pleinement son champ d'exercice. ●

LES AUTEURES

CAROLINE LEMAY
Inf., M. Sc. inf.

Membre du Comité jeunesse provincial et présidente du Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

AUDREY LORTIE
Inf., B. Sc. inf., M. Sc. (c.)

Membre du Comité jeunesse provincial et présidente du Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec.

RÉFÉRENCES

Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). «Plans de carrière et de développement professionnel : leviers pour la professionnalisation de la relève infirmière». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf/2891434c-09ae-77b5-7224-1a8f8f757fc8>

Office québécoise de la langue française. (2003). «Fiche terminologique : parcours de carrière-Note». Repéré à http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?ld_Fiche=8367406.

Ouellet, J. et Mukamurera, J. (2017). «Comment l'employeur peut-il soutenir la formation continue et le développement professionnel infirmier? Résultats d'une étude qualitative canadienne auprès d'infirmières de soutien à domicile». Recherche en soins infirmiers, 4(31), 29-40.

15 ANS À VOTRE SERVICE

Une agence en pleine croissance dirigée par des infirmiers(ères)

Salaires très compétitifs
Horaires flexibles
Assurances collectives complètes
Orientations rémunérées
Formations RCR, ACLS, rôle élargi offertes et plus....

Gérez votre horaire et vos feuilles de temps via votre portail employé

Emplois partout au Québec

www.expertise24-7.com

514-951-4381

sans frais 1-855-951-4381



Beaucoup de choses ont changé dans l'hépatite C. Vos dépliants sont-ils à jour?

CATIE fournit des publications gratuites aux infirmier(ère)s de partout au Canada.



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C



www.commandes.catie.ca

1-800-263-1638

NADINE MOLIEN

Prendre sa place pour offrir les meilleurs soins aux enfants

Nadine Molien a entrepris sa carrière au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine en 2010 à titre de candidate à l'exercice de la profession infirmière. D'abord infirmière dans le domaine des maladies infectieuses puis en médecine pédiatrique, elle occupe aujourd'hui le poste d'assistante infirmière-chef. Cette leader naturelle puise auprès de ses jeunes patients l'énergie et la détermination nécessaires pour prodiguer des soins de qualité. Elle a répondu à nos questions avec toute l'assurance et la passion dont elle fait montre dans son travail.

par LOUISE BOUCHARD

Qu'est-ce qui vous a attirée vers la profession?

Plus jeune, je voulais être médecin. Puis, j'ai commencé à m'occuper de ma grand-mère malade, à l'aider dans ses déplacements et à lui prodiguer des soins. Et je suis tombée en amour avec la relation infirmière-patient, avec l'accompagnement dans le processus de soins. J'ai alors décidé de suivre le programme en soins infirmiers. Aujourd'hui, je ne changerais pas de profession pour tout l'or du monde!

En tant qu'assistante infirmière-chef, quel est votre rôle?

Mon rôle est de répartir les patients en fonction des soins qu'ils nécessitent et des expertises des infirmières présentes, en équilibrant les attributions. Je gère les congés et les admissions des patients. Je dois garder une vue d'ensemble de tous les patients, car je peux devoir répondre aux questions des parents ou des autres professionnels de la santé. Ma chef d'unité nous appelle les chefs d'orchestre, c'est tout dire!

Êtes-vous aussi une personne-ressource pour vos collègues?

Oui, je les appuie lorsqu'elles ont besoin d'aide ou qu'elles ont des questions. Je peux rassurer et assister une infirmière qui a un doute sur une activité ou lui suggérer différentes options. J'accompagne aussi les nouvelles infirmières dans leur cheminement vers davantage d'autonomie.

Comment arrivez-vous à prendre pleinement votre place dans l'équipe de soins et à exercer votre leadership?

J'exerce mon leadership en ayant une bonne connaissance des dossiers et en échangeant avec les autres professionnels de la santé. Si j'ai des questions, je m'informe auprès de l'infirmière pour compléter mon évaluation et mon analyse. Leurs réponses sont cruciales afin que je puisse déterminer les soins prioritaires et organiser le travail d'équipe. J'essaie aussi d'être présente à tout moment, de soutenir mes collègues et d'être un modèle de rôle.

Est-ce important pour vous d'avoir une identité professionnelle forte?

C'est très important! Une infirmière doit avoir des connaissances variées. Elle doit comprendre les dimensions sociales, familiales, psychologiques, environnementales et physiologiques des patients pour personnaliser les soins et les traitements. En développant ces connaissances, une infirmière peut offrir les meilleurs soins aux enfants et prendre sa place dans l'équipe de soins.

Qu'aimez-vous le plus de votre travail?

Sans contredit le contact avec les patients. Ce sont mes trésors et mes soleils! J'aime aussi accompagner les infirmières, être aux aguets, m'assurer que les soins sont donnés dans un délai raisonnable et qu'ils sont de qualité.

Vous avez été mentore de Guy A. Lepage dans la websérie *Stagiaire d'un jour*. On vous y voit évaluer l'état d'un enfant, coordonner les soins, rassurer les parents, expliquer, vulgariser. Quelles sont les compétences indispensables dans votre travail?

La première, c'est l'empathie. Il faut avoir le cœur sur la main et savoir se mettre à la place du parent, trouver des mots de réconfort. Il faut aussi être ouvert à la rétroaction, à d'autres façons de faire, car ce qui compte, c'est la qualité des soins et le bien-être des patients. Enfin, il faut faire preuve de curiosité. On doit se mettre à jour sur les nouvelles directives, savoir vulgariser les informations aux parents pour les amener à comprendre ce qu'on veut faire. Si tout se passe bien avec les parents, l'interaction avec l'enfant est plus facile.

La formation continue est donc importante pour vous?

C'est un engagement professionnel primordial dans le but d'assurer la sécurité et la qualité des soins. Je dois être au fait des changements dans les techniques et de la parution de nouvelles études, dans l'intérêt des patients.

Comment vous voyez-vous évoluer dans les prochaines années? Quels sont vos projets d'avenir?

Je suis déterminée à m'améliorer chaque jour, et donc à développer mes compétences. Je pense d'ailleurs à faire mon baccalauréat, pour pouvoir aller un peu plus loin dans la gestion de situations complexes, par exemple. ●



Nadine Molien a participé à la deuxième saison de la websérie *Stagiaire d'un jour* en compagnie de Guy A. Lepage. On peut visionner les épisodes de la websérie (saisons 1 et 2) sur oiiq.org.

À PROPOS DE *la coloscopie*

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

La coloscopie occupe toujours une place importante dans la détection du cancer colorectal. Pourtant, de nombreux patients sont réticents à se soumettre à cet examen par crainte d'avoir mal, de ne pas réussir à boire la préparation intestinale ou de ne pas tolérer la sédation-analgésie. Les infirmières doivent être en mesure de déconstruire certains mythes et d'expliquer concrètement la coloscopie pour que les patients coopèrent et se préparent de façon optimale. Cet enseignement a des répercussions sur le déroulement de la procédure, le diagnostic et l'éventuel traitement endoscopique.

RÉPONSES EN PAGE 68

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. La préparation intestinale contient toujours quatre litres.

02. La qualité de la préparation intestinale améliore les chances de succès de la procédure et diminue les coûts associés.

03. Les patients suivent une diète spéciale et doivent cesser certains médicaments.

04. Les caractéristiques individuelles des patients influencent le succès de la préparation intestinale.

05. La plupart des patients ne gardent aucun souvenir de leur coloscopie en raison de l'anesthésie générale.

06. Les patients peuvent reprendre toutes leurs activités immédiatement après la coloscopie, sans aucune restriction.

NOTRE RAISON D'ÊTRE : LES RÉSIDENTS
NOTRE FORCE : LES EMPLOYÉS
NOTRE VISION : LA QUALITÉ



VIGI
santé

- ♥ Cadre supérieur du RSSS
- ♥ Cadre intermédiaire du RSSS
- ♥ Assistant(e) du supérieur immédiat
- ♥ Infirmier(ère) chef d'équipe
- ♥ Candidat(e) à l'exercice de la profession d'infirmier(ère) (CEPI)

DES CHSLD PRIVÉS-CONVENTIONNÉS QUI
VOUS OFFRENT :

- ♥ Une culture d'excellence, axée sur l'humain
- ♥ Les mêmes conditions de travail et salaires que ceux du réseau de la santé
- ♥ Treize (13) congés fériés
- ♥ Un régime de retraite (RREGOP/RRPE)
- ♥ Un plan d'assurances collectives

Contribuez au bien-être de ceux qui nous ont tant donné!

Via notre onglet carrière au www.vigisante.com

25 ET 26 NOVEMBRE
CONGRÈS OIIQ
2019

ÉPARGNEZ
20%

jusqu'au 28
octobre

« LE SYSTÈME, LA PRATIQUE ET MOI »

Bâtir et exprimer son identité professionnelle.

Notre **système de santé** poursuit sa transformation. À son tour, **la pratique** de la profession infirmière est forcée de s'adapter. Dans ce contexte, comment **me définir** en tant que membre de la profession en ayant une attitude gagnante où le *changement à subir* devient une *occasion à saisir*?

Saisissez le moment! Venez faire entendre votre voix sur la place que nous devons occuper en 2019.



GRANDES CONFÉRENCES Trois rendez-vous inspirants

Luc Mathieu, inf., D.B.A.,
président de l'OIIQ

Christian Rochefort, inf., Ph. D.

Geneviève Fortier, M.A.,
Fellow CRHA



PARCOURS THÉMATIQUES

Clinique, gestion,
enseignement... ciblez les
ateliers correspondant à vos
fonctions et intérêts.



AIRE D'EXPOSITION

Atmosphère stimulante
pour le réseautage
et le développement
d'opportunités avec plus de
100 exposants.

Programme et inscriptions : oiiq.org/congres-2019



© Pierre Longtin

Jean Roussel

Engagé dans le développement professionnel

Jean Roussel est conseiller-cadre à la santé physique et responsable de la qualité des soins infirmiers au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Habité par son travail et ses responsabilités, il manifeste un enthousiasme communicatif; sa passion pour le développement professionnel est contagieuse. Portrait d'un infirmier ouvert sur les autres, en mode partage.

par **GEOFFREY DIRAT**

À l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, au quatrième étage de l'aile G du pavillon Deschamps, de vraies infirmières s'occupent de patients fictifs. Novices ou expérimentées, elles les prennent en charge dans des locaux reproduisant le domicile, un cabinet de consultation, une chambre d'hôpital ou des salles d'examen obstétrique et pédiatrique. Les patients à ausculter ou à soigner sont tous muets. Il s'agit de mannequins. L'un d'entre eux respire, a le cœur qui bat et le ventre qui gargouille sur commande. Bienvenue dans l'univers multisoins conçu par Jean Roussel, qui accueille chaque semaine des dizaines d'infirmières et infirmiers provenant des différentes unités du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ils viennent développer leurs compétences au Centre d'apprentissage intégré en pratiques professionnelles (CAIPP).

Cet espace, qui a ouvert ses portes en septembre 2018, d'aucuns diraient que c'est son bébé. Le conseiller-cadre en soins infirmiers en refuse cependant la paternité. « Le crédit m'en revient aujourd'hui, mais il s'agissait d'une aspiration de la directrice adjointe des soins infirmiers, Geneviève Frenette. C'était sa vision, son projet », explique humblement Jean Roussel. Après la création du CIUSSS en 2015, l'idée était de réévaluer l'offre de formations des 10 établissements fusionnés, d'en harmoniser les contenus et de les présenter dans un lieu qui favoriserait l'intégration de la relève, tout en créant un sentiment d'appartenance auprès des quelque 3 000 infirmières de l'organisation nouvellement créée.

Avant la naissance du CAIPP, « chaque établissement avait par exemple sa propre formation en soins de plaies », explique-t-il. Elles étaient adaptées aux réalités des unités de soins, mais moins aux infirmières et à leurs compétences. En outre, certains établissements assuraient à l'interne la tenue des activités de formation, d'autres faisaient appel à des prestataires privés. Et en contexte de pénurie d'effectifs, tous avaient de la difficulté à libérer leur personnel », se souvient le trentenaire. Dans ces conditions, imaginer et concevoir le CAIPP constituait donc un défi organisationnel et humain qu'il n'a pas hésité à relever : « C'est un projet très gratifiant qui correspond à mes valeurs. »

INFIRMIER FORMATEUR

Depuis ses études au baccalauréat en sciences infirmières, Jean Roussel entretient un intérêt marqué à la fois pour le développement professionnel et les données probantes. L'infirmier a commencé sa carrière à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, puis à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal – des années qu'il qualifie de professionnellement bénéfiques. Après un passage de six mois comme coordonnateur de projet pour Médecins du Monde en Haïti, il se joint à la fin de 2006 au Centre de réadaptation en dépendance Dollard-Cormier. Un an plus tard, il exercera au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire. Il y exercera durant une décennie auprès de jeunes vivant avec des troubles de santé mentale ou une déficience intellectuelle.

C'est dans ce cadre qu'il mettra sur pied ses premières formations, destinées aux éducateurs du Centre et aux jeunes qui le fréquentent. De la prévention des ITSS aux bonnes pratiques en matière d'hygiène pour éviter l'acné, il touche à des problématiques concrètes du quotidien. « Je ne savais pas de vies, mais je considère que la fonction de formateur fait partie du rôle infirmier. Il s'agit d'une autre façon de promouvoir la santé et de prévenir les complications », affirme celui qui a également fait du tutorat auprès d'étudiantes de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal en les accompagnant lors de séances d'apprentissage par simulation.

SOIF D'APPRENDRE

En parallèle, Jean Roussel a poursuivi ses études. Après avoir obtenu en 2006 un certificat en leadership organisationnel de HEC Montréal, il a suivi un programme de deuxième cycle en gestion des soins infirmiers avant de s'inscrire, en 2010, à la maîtrise en administration

« Pour le bénéfice des patients, il est essentiel de s'actualiser afin d'éviter de devenir incompetents, voire dangereux. Et pour soi, le perfectionnement permet d'identifier les connaissances à mettre à jour ou à acquérir en fonction de nos objectifs de carrière. »



des services de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, qu'il a terminée trois ans plus tard. « Je veux devenir cadre infirmier depuis que j'ai 19 ans, et mon plan de développement professionnel a été conçu pour que je continue à apprendre en vue d'atteindre cet objectif », explique-t-il. Alors quand l'occasion de se joindre à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal s'est présentée en novembre 2017, avec le mandat de contribuer à la formation de ses consœurs et confrères, il l'a tout naturellement saisie.

Ce choix s'est révélé très gratifiant sur le plan professionnel, puisqu'il est devenu conseiller-cadre en soins infirmiers à la santé physique. Il suffit de l'accompagner dans la visite du CAIPP pour être convaincu de sa passion pour le développement professionnel. Manipulant la télécommande qui anime un mannequin, il commente : « Avec celui-ci, on peut reproduire une arythmie, une extrasystole, des bruits pulmonaires ou intestinaux et c'est à s'y méprendre! » Il se retourne vers un autre mannequin qui représente une femme enceinte sur le point d'accoucher. Les stagiaires peuvent palper le col de son utérus pour en vérifier la dilatation. « Moi, j'ai lu comment on devait s'y prendre, alors qu'elles, elles peuvent pratiquer. » Son enthousiasme est aussi palpable lorsqu'il présente la base de données partagées qu'il a créée pour gérer la planification des formations des infirmières. « Elle est mise à jour en temps réel et tous les chefs de service peuvent y voir les disponibilités en vue d'inscrire leur personnel; cela a révolutionné notre façon de faire », souligne-t-il en ajoutant que cet outil en ligne a permis de quintupler le nombre d'infirmières formées.

SIMULATION HAUTE ET BASSE FIDÉLITÉ

Depuis l'ouverture du CAIPP, près de 3 000 infirmières ont ainsi pu bénéficier de 23 375 heures de formation. Les deux tiers d'entre elles sont venues dans les locaux de l'Hôpital Notre-Dame, où l'objectif des différents univers de soins est avant tout de revoir les bases de la pratique. « Ces simulations dites basse fidélité, à l'aide de mannequins inanimés, permettent de répéter des gestes de la pratique quotidienne dans un environnement de soins donné. Si on lance un code bleu dans la chambre 12, on va pouvoir tester la rapidité et la réactivité de l'infirmière tout en évaluant si sa pratique est conforme », indique Jean Roussel.

Les simulations basse fidélité diffèrent des simulations haute fidélité auxquelles un tiers des infirmières ont été exposées au centre ESPA-Montréal, fruit d'une collaboration entre le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, celui du Nord-de-l'Île-de-Montréal et neuf cégeps. « Cette association est novatrice, dit le

cadre infirmier, qui précise que la simulation haute fidélité était jusqu'alors réservée à la formation initiale et aux soins critiques. Nous sommes les premiers à offrir ce mode d'apprentissage pour la formation continue. » À l'aide de simulateurs patients aussi vrais que nature, les infirmières sont exposées à des situations qui font appel à leur jugement clinique. Les scénarios sont scriptés et elles les vivent vraiment, parfois intensément », signale Jean Roussel.

Loin d'être un gadget, les formations offrant un haut niveau de réalisme ont fait leurs preuves. « Les acquis sont grands et le taux de rétention des connaissances est plus élevé qu'avec une formation classique », assure l'infirmier formateur qui ne manque jamais une occasion d'encourager ses collègues à se perfectionner. « Pour le bénéfice des patients, il est essentiel de s'actualiser afin d'éviter de devenir incompetents, voire dangereux. Et pour soi, le perfectionnement permet d'identifier les connaissances à mettre à jour ou à acquérir en fonction de nos objectifs de carrière. » ●



LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS : UN RÔLE MOTEUR DANS LA FORMATION

Mettre à jour et maintenir les compétences des infirmières tout en leur donnant la faculté d'en développer de nouvelles, telle est l'ambition affichée par la Direction des soins infirmiers du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal avec l'ouverture du Centre d'apprentissage intégré en pratiques professionnelles. « On envoie également un message fort à nos infirmières en rendant concrète notre volonté d'investir dans le personnel, qui est notre plus grande richesse », déclare Claudel Guillemette, directeur des soins infirmiers du CIUSSS. La directrice adjointe intérimaire, responsable du volet des pratiques professionnelles, Geneviève Beaudet, estime pour sa part qu'il est du rôle d'une DSI de promouvoir une culture de la formation continue. « Nos infirmières ont tout à y gagner et nous aussi! »

DÉVELOPPEMENT DES NOUVEAU-NÉS PRÉMATURÉS

Une première communauté virtuelle de pratique en soins intensifs néonataux au Québec

En 2017, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) remettait la subvention *Pour mieux soigner* à un projet clinique visant à optimiser l'implantation de pratiques infirmières prometteuses en matière de soins aux nouveau-nés prématurés et à en faire l'évaluation. Cette subvention de 250 000 \$ a permis, entre autres, la création de la première communauté virtuelle de pratique en soins intensifs néonataux au Québec, qui a été officiellement lancée le 1^{er} avril 2019. Deux ans après la remise de la subvention, *Perspective infirmière* a fait le point avec Audrey Larone Juneau, Marilyn Aita et Sonia Semenic, qui ont dirigé ce projet.

par ANNE-CAROLINE PLATRET



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

La communauté virtuelle de pratique (CVP Neon@t) réunit les infirmières leaders cliniques des six unités de soins intensifs néonataux du Québec (**Tableau 1**) et vise le partage des meilleures pratiques infirmières tout en harmonisant leur implantation dans chacune de ces unités.

La subvention a d'abord permis de mobiliser les infirmières leaders cliniques de chacune des six unités de soins intensifs néonataux en vue de mener une importante collecte de données basée sur les indicateurs des meilleures pratiques infirmières ciblées dans le projet clinique, soit l'allaitement maternel, le contact peau à peau, les soins centrés sur la famille et les soins de développement. Ayant eu lieu de septembre 2018 à mars 2019, elle consistait en une revue de dossiers des nouveau-nés prématurés, des observations dans les unités de soins intensifs néonataux pour les soins de développement (positionnement des nouveau-nés et niveaux de lumière et de bruit) et à des questionnaires à l'intention des parents.

Cette collecte de données était indispensable afin de cibler les forces actuelles et les pistes d'amélioration en lien avec les pratiques visées au sein des six unités. À la suite de l'analyse de ces données, des priorités cliniques ont été identifiées. Les leaders cliniques, les chercheurs ainsi que les infirmières et infirmiers des six unités participeront aux différentes stratégies sélectionnées en vue d'optimiser les pratiques infirmières dans leur unité. Par exemple, des lignes directrices sur l'éclairage dans une unité néonatale seront développées, ainsi que des interventions permettant de diminuer le délai avant le premier toucher entre les parents et leur nouveau-né prématuré. Ce projet clinique novateur vise à concerter les efforts infirmiers pour ainsi améliorer les résultats de santé des nouveau-nés prématurés et de leurs familles.

« Un des facteurs de succès de la communauté virtuelle se traduit par la confiance que les membres ont les uns envers les autres, explique Audrey Larone Juneau, cadre-conseil en sciences infirmières, volet soins critiques, au CHU Sainte-Justine. Pour développer cette confiance, il ne fallait surtout pas négliger les rencontres présentielle, ce que l'appui de la Fondation de l'OIIQ a permis d'instaurer. »

CONTENUS RICHES ET INTERACTIFS

De nombreux outils sont proposés sur la plateforme de la CVP Neon@t afin de favoriser le partage entre les membres. Ceux-ci ont accès à une bibliothèque virtuelle regroupant les derniers écrits scientifiques, des ressources cliniques et des webinaires. Un forum

Tableau 1 UNITÉS DE SOINS INTENSIFS NÉONATALS PARTENAIRES DE LA COMMUNAUTÉ VIRTUELLE

- Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- Hôpital général juif (HGJ)



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

AVIS DE CONVOCATION ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2019 DE LA FONDATION DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Conformément à l'article 4.02 de son *Règlement administratif*, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec avise tous ses membres que son Assemblée générale annuelle se tiendra le **mardi 24 septembre 2019 à 17 h 30**, dans la salle 127-C du siège de l'OIIQ, situé au 4200, rue Molson, à Montréal.

À l'occasion de cette assemblée, le rapport annuel de la Fondation 2018-2019 et les états financiers audités au 31 mars 2019 seront présentés. Nous procéderons aussi à la nomination des auditeurs indépendants pour l'exercice financier 2019-2020.

La présidente,
Lyne Tremblay, inf., M. Sc. inf.

Note : L'article 2.01 du *Règlement administratif* de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec stipule que sont considérés comme membres les particuliers intéressés à promouvoir les objectifs de la Fondation et qui ont effectué, dans les douze mois précédant le 1^{er} avril de chaque année, une contribution égale ou supérieure à la contribution fixée par le Conseil d'administration. Au 31 mars 2019, le montant fixé par le Conseil d'administration de la Fondation s'élevait à 25 \$.

Au nom des membres du Conseil d'administration de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, nous vous remercions de demeurer généreux et fidèles à la cause de l'amélioration des soins infirmiers et du mieux-être de la population.

Pour faciliter sa collecte de fonds, la Fondation de l'OIIQ a mis en place un système de dons en ligne sur son site Web. Nous vous invitons à continuer d'appuyer votre fondation en faisant un **don en ligne**.

Le projet de communauté virtuelle de pratique a la possibilité d'être étendu à différents milieux touchant les soins aux nouveau-nés, mais également d'être transférable auprès de populations diverses, moyennant certaines adaptations.

permet en outre de poser des questions en lien avec les quatre pratiques infirmières ciblées par le projet. La plateforme se veut le point de rendez-vous central, que ce soit pour se former ou s'informer au chapitre des nouvelles pratiques communes.

Plusieurs centres de soins néonataux à l'échelle provinciale ont manifesté leur intérêt à joindre la CVP-Neon@t et à bénéficier des ressources qui y sont partagées.

Figure 1
SITE WEB DE CVP-Neon@t



COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE INNOVANTE

La CVP Neon@t représente un partenariat novateur entre les infirmières leaders cliniques des six unités de soins intensifs néonataux du Québec et des chercheurs universitaires. Il permet d'appliquer des pratiques exemplaires ayant fait leurs preuves. Huit chercheuses infirmières participent également à ce projet afin d'en assurer la rigueur scientifique. Cette étroite collaboration est d'autant plus importante qu'elle met en valeur le travail de l'infirmière et son expertise. Unique en son genre, la collaboration simultanée de six centres permet non seulement une harmonisation des meilleures pratiques infirmières, mais également le partage de données pointues.

« À l'échelle provinciale, la CVP-Neon@t détient le potentiel de réduire la duplication des efforts infirmiers et les coûts liés à l'implantation des meilleures pratiques infirmières dans les unités de soins intensifs néonataux », estime Marilyn Aita, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Selon elle, la communauté de pratique pourra aussi contribuer à rehausser la qualité des soins infirmiers en néonatalogie, à faciliter les changements organisationnels – essentiels pour harmoniser et optimiser l'implantation de ces meilleures pratiques infirmières – et, conséquemment, à améliorer les résultats de santé des nouveau-nés prématurés et de leurs familles au Québec, un avis également partagé par Sonia Semenic, professeure agrégée à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill et chercheuse au Centre universitaire de santé McGill.

Enfin, l'idée même de la CVP pourrait s'appliquer à tout milieu clinique dont la complexité des soins est similaire, comme les unités de soins intensifs pédiatriques ou adultes. Ce projet a donc la possibilité d'être étendu à différents milieux touchant les soins aux nouveau-nés, mais également d'être transférable auprès de populations diverses, moyennant certaines adaptations. ●

Soumettez vos projets

Pour mieux soigner Jusqu'à 250 000 \$

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

Date limite : 1^{er} octobre 2019

Coup de cœur leadership Jusqu'à 25 000 \$

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

Date limite : 25 octobre 2019



Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Renseignements sur les conditions d'admissibilité

Pour mieux soigner.

fondationoiiq.org



PLACEMENT EN SANTÉ

RECRUTEMENT INFIRMIÈRES

partout au Québec



Faites partie
d'une tradition
d'excellence.

OBTENEZ UNE PRIME

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

*Certaines conditions s'appliquent.

CODEBLEU.CA

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



Québec

L'expertise infirmière pour soutenir les victimes d'agression sexuelle

par CATHERINE CRÉPEAU

À Québec, les victimes d'agressions sexuelles ont recours au service de trousse médicolégales assuré par une équipe composée d'une infirmière, d'un médecin et d'une intervenante sociale. L'infirmière y occupe une place centrale, puisque ses activités cliniques vont de l'évaluation téléphonique de la victime jusqu'à la liaison vers des services répondant spécifiquement à ses besoins.

Mis en œuvre en 2016, le projet intitulé « Une équipe d'infirmières pour un service de trousse médicolégales dans la région de Québec » est né de la volonté d'améliorer l'accessibilité au service de trousse médicolégales pour les victimes d'agression sexuelle. La stratégie retenue a été de miser sur la pleine utilisation du champ d'exercice des infirmières et infirmiers, y compris le droit de prescrire. « Nous avons voulu mettre à profit l'expertise infirmière et placer le bon professionnel au bon endroit tout au long de l'épisode de soins », explique Audrey Meloche, conseillère cadre en soins infirmiers au CIUSSS de la Capitale-Nationale, l'une des personnes à l'origine du projet.

LES INFIRMIÈRES RÉALISENT JUSQU'À 95 % DE L'ÉPISODE DE SOINS

Désormais, les appels des victimes d'agression sexuelle qui parviennent à Viol-Secours, partenaire de ce projet, sont dirigés vers les infirmières. Ces dernières s'occupent de l'évaluation téléphonique et de l'évaluation clinique de la victime, de la réalisation de la trousse médicolégale, des activités préventives, de la coordination des rendez-vous avec les partenaires, de la liaison vers d'autres services dans le réseau ou la communauté, ainsi que du suivi des résultats après l'intervention. Elles assument ainsi jusqu'à 95 % de l'épisode de soins.

« Sans le droit de prescrire, nous n'aurions pas réussi à implanter notre modèle », précise Audrey Meloche. Le droit de prescrire permet à l'infirmière de jouer son rôle en toute autonomie et d'offrir un service complet à la clientèle allant du dépistage jusqu'au suivi et au traitement dans le domaine de la santé publique. Ainsi l'infirmière peut offrir le service lors des périodes de découverte médicale et avoir recours à l'urgentologue seulement lorsque la situation nécessite des ordonnances médicales.

Une douzaine d'infirmières ont été formées au fonctionnement de la trousse, notamment aux techniques de prélèvement et à l'approche à privilégier auprès des victimes d'agression sexuelle, afin d'assurer un système de garde 24/7. L'équipe peut ainsi rencontrer les victimes dans un délai très court, afin de maximiser les chances d'obtenir un prélèvement d'ADN positif.

« Les écrits scientifiques démontrent que la prise en charge infirmière est plus holistique », souligne Maryse Mathieu, conseillère cadre en soins infirmiers, qui a collaboré de près au projet. L'infirmière n'évalue pas que les conséquences directes sur le plan physique; elle assure également une prise en charge globale de la personne en répondant à ses besoins de santé. »

Ce projet a également permis d'ajouter des services cliniques pendant et après l'intervention, dans le but notamment de permettre le suivi des tests de dépistage d'ITSS effectués au terme des périodes fenêtrées, la coordination de la contraception d'urgence et la poursuite de la vaccination. Par ailleurs, de nouveaux services ont été développés à l'intention des hommes de 18 ans et plus conjointement avec le Centre de crise de Québec. En outre, une nouvelle offre de services verra le jour pour la clientèle transgenre. ●



« Nous avons voulu mettre à profit l'expertise infirmière et placer le bon professionnel au bon endroit tout au long de l'épisode de soins. »



Emmène-moi au sommet

Épargnez 41 %
sur vos billets
SkiMax

61\$ / billet

Tarif valable
jusqu'au 22 octobre

Visitez la section Avantages
aux membres sur oiq.org
pour tous les détails
et pour connaître les
prochaines offres.

OBSTÉTRIQUE

La douleur de l'accouchement : un processus physiologique

Donner la vie est un moment unique, une transition majeure dont le couple se souviendra toute sa vie. La naissance devrait être envisagée comme une expérience personnelle multidimensionnelle (physique, psychologique, sociale et environnementale) et non comme un événement médical, afin de rappeler l'importance du soutien, de l'adaptation mère-enfant et du processus d'attachement, ainsi que la nature saine de l'accouchement.

par **VÉRONIQUE LAROUCHE, inf., M. Sc., MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.,**
et **ANNIE BRONSARD, sage-femme, B. Sc.**

Note au lecteur
Experte en méthodes non pharmacologiques et en accompagnement des parturientes en salle d'accouchement, l'infirmière Véronique Larouche dirige cette nouvelle série d'articles sur le rôle de l'infirmière en salle d'accouchement.

Le soutien et les soins prodigués par les professionnels de la santé, dont les infirmières, peuvent aider la parturiente à bien composer avec cette douleur.

Pour la majorité des femmes et leurs familles, un accouchement est synonyme d'enthousiasme, d'anticipation, d'incertitude et même d'anxiété, en lien avec la douleur. Pour bien vivre celle-ci, le soutien et les soins prodigués par les professionnels de la santé, dont les infirmières, peuvent aider la parturiente à composer avec cette douleur. Comme on l'a vu dans le premier article de cette série (numéro de mai-juin 2019), le soutien est au cœur d'une expérience positive de la naissance. Évidemment, le partenaire ou la personne qui accompagne la femme a aussi un rôle essentiel dans la gestion de la douleur.

L'Association internationale pour l'étude de la douleur définit celle-ci comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (Lindblom et al., 1986). La douleur est normalement essentielle à notre protection contre les dangers. « Or, contrairement aux autres types de douleur, les fortes sensations que les femmes peuvent ressentir pendant le travail et l'accouchement ne constituent pas un signe de danger, de pathologie ou de dystocie » (Bonapace et al., 2018). La douleur de l'accouchement prend un tout autre sens : elle est normale, porteuse d'une bonne nouvelle et a ses raisons d'être.

Les écrits scientifiques soulignent l'importance du rôle des infirmières œuvrant en obstétrique sur les plans de la gestion et de la compréhension de la douleur liée au travail de la parturiente. Cette compréhension essentielle contribue au sentiment de satisfaction de la femme à

l'égard de son expérience d'accouchement. L'Agence de la santé publique du Canada (2018) mentionne que « les soins durant le travail nécessitent une compréhension de la physiologie du travail et de la naissance, ainsi que les connaissances et les compétences nécessaires pour soutenir le processus et la femme en travail ». Le sentiment de contrôle est lié à une expérience positive de la naissance; plus la femme aura le sentiment d'avoir le contrôle, moins elle ressentira de la douleur (Green et Baston, 2003; Cheung, Ip et Chan, 2007; Tinti, Schmidt et Businaro, 2011). Conséquemment, les infirmières, fortes de cette compréhension, sont en mesure de redonner le pouvoir aux parturientes, notamment en matière de contrôle de la douleur liée au travail et à l'accouchement.

DISTINGUER DOULEUR ET SOUFFRANCE

En premier lieu, il faut distinguer la douleur de la souffrance. Pendant l'accouchement, la douleur est présente chez la vaste majorité des femmes. Elle ne signifie pas forcément une expérience négative, puisqu'elle peut coexister avec la satisfaction, la joie et une impression de pouvoir (Simkin et Bolding, 2004). Il est important de garder en tête que les parturientes peuvent faire face à cette douleur, qui, en outre, joue un rôle essentiel dans le processus de la naissance (**Encadré 1**).

Selon Chapman et Gavrin (1993), « la souffrance découle de l'incapacité d'une femme à activer ses propres mécanismes de soulagement de la douleur ou

Encadré 1**LE RÔLE DE LA DOULEUR DANS LE PROCESSUS DE LA NAISSANCE**

Stimule la production d'hormones (endorphines, ocytocine) qui, à leur tour, aident la parturiente à composer avec la douleur.

Avertit la femme du début du travail et qu'il est temps de se rendre dans un lieu d'accouchement sécuritaire, accompagnée de ses proches.

Favorise le développement de comportements nécessaires afin de prendre soin du nouveau-né et de commencer l'allaitement.

Encourage l'adoption de positions aidant au soulagement de la douleur et au bon déroulement de l'accouchement.

Sources : Bonica, 1994; Buckley, 2010, 2015; Fuchs et al., 1982; INSPQ, 2001-2019; Leap, Dodwell et Newburn, 2010; Lowe, 2002; Odent, 1987.

à faire face à la situation en raison de mécanismes inadéquats ». En effet, la femme peut avoir de la douleur sans être souffrante ou, au contraire, peut souffrir sans éprouver de douleur (Simkin et Bolding, 2004; Marchand, 2009). L'objectif des interventions de l'infirmière devrait être de prévenir la souffrance, ce qui passe par le soutien de la mère et l'utilisation d'approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur.

L'analgésie péridurale est un complément pharmacologique à un ensemble de mesures comprenant aussi l'accompagnement, les approches non pharmacologiques de soulagement de la douleur et un environnement de naissance favorable (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2012). Force est de constater que l'analgésie péridurale est utilisée en première ligne dans bien des cas, faute d'autres moyens pour accompagner les femmes.

Reconnaître le rôle de la douleur dans le processus physiologique de l'accouchement permet de la comprendre, de bien l'accueillir, de l'anticiper et de proposer des interventions adaptées afin de la moduler. La normalisation par les infirmières du processus physiologique de la douleur, c'est-à-dire chercher à composer avec la douleur plutôt que de viser à la faire disparaître, aurait assurément un effet positif sur le soutien offert aux femmes en répondant mieux à leurs besoins exprimés.

En second lieu, il importe de prendre conscience que le seuil de tolérance à la douleur (et d'endurance) de la parturiente lui est propre et varie donc d'une femme à une autre. Il dépend de plusieurs facteurs : l'expérience, la psychologie, le degré de préparation à l'accouchement, les croyances et pratiques culturelles, la force et la qualité (influant sur la progression du travail) des contractions utérines, le soutien reçu pendant le travail et l'accouchement, ainsi que la position du fœtus (Simkin et Bolding, 2004). La douleur comporte au moins quatre composantes : nociceptive, sensori-discriminative, motivo-affective et cognitivo-comportementale. Les composantes présentes varient selon la femme (Marchand, 2015).

LE RÔLE INFIRMIER**L'infirmière a une influence sur le stimulus douloureux (composante nociceptive).**

Cette composante fait référence à une blessure réelle ou potentielle. La nociception produite au cours du travail peut être attribuable en outre à l'étirement du col de l'utérus ou à une douleur projetée ressentie au bas du ventre. La nociception produite peut également être ressentie sous forme de pression au niveau du périnée et de l'anus.

Les connaissances des infirmières sur la douleur représentent un atout important au moment d'adapter leurs interventions à chaque composante. Par exemple, elles influencent considérablement les interventions et les soins susceptibles de déclencher un stimulus douloureux en encourageant la liberté de mouvement, l'hydratation et l'alimentation selon le ressenti de la femme, en retardant la rupture artificielle des membranes et en privilégiant l'auscultation intermittente plutôt que le monitoring fœtal en continu

(Bonapace et al., 2018). Ces interventions n'étant pas entièrement intégrées aux pratiques actuelles, le rôle de soutien des infirmières prend toute son importance. Grâce à leurs connaissances et à leurs compétences, elles peuvent être des agentes de changement.

L'infirmière a une influence sur l'intensité de la douleur (composante sensori-discriminative).

Cette composante fait référence au seuil et à l'intensité de la douleur ressentie lors de l'accouchement, douleur pouvant être modulée par le déclenchement de sensations agréables dans la région douloureuse, le déclenchement d'un autre stimulus douloureux ou l'utilisation des approches pharmacologiques.

Elle peut appliquer des méthodes ayant comme effet de moduler la douleur, ce qui peut avoir une conséquence importante sur l'intensité de la douleur ressentie par la femme. Il peut s'agir de massages doux et profonds, d'immersion dans l'eau, d'application de compresses chaudes, d'acupression, d'injections d'eau stérile, de relaxation, de techniques de respiration, ou plus simplement de soutien (Bonapace et al., 2018). L'infirmière est encouragée à enseigner ces méthodes au partenaire ou à la personne qui accompagne la parturiente et à participer elle-même activement à leur application.

L'infirmière a une influence sur le ressenti désagréable de la douleur (composante motivo-affective).

Cette composante fait référence aux émotions, aux valeurs et à l'expérience de la femme permettant de déterminer à quel point la douleur est désagréable. C'est ici que la notion de « souffrance » prend tout son sens.

L'infirmière peut influencer sur l'environnement de l'accouchement. Nous reviendrons sur cet élément dans la section sur les hormones, la compréhension de leur rôle étant liée de façon très intime à l'environnement. Elle peut aussi influencer le ressenti de la douleur en assurant un soutien, en répondant au besoin de protection et de sécurité de la femme, ainsi qu'en favorisant des relations harmonieuses entre toutes les personnes présentes.

L'infirmière a une influence sur la manière dont la femme exprime sa douleur (composante cognitivo-comportementale).

Cette composante fait référence aux facteurs culturels, affectifs, motivationnels, sociaux et cognitifs qui déterminent la manière dont la femme va exprimer sa douleur.

L'infirmière est encouragée à laisser la femme exprimer librement sa douleur et à respecter sa façon de le faire, parfois liée à sa culture. Une parturiente peut très bien exprimer de la douleur par des sons et des gémissements de forte intensité. Il importe de reconnaître l'expression de la douleur et de soutenir cette femme. Les infirmières peuvent être perturbées par ces sons qui évoquent, à leurs yeux, détresse, souffrance ou danger. Les autres femmes de l'unité de soins peuvent aussi être ébranlées. D'où la pertinence des explications de l'infirmière visant à normaliser les sons liés à la naissance.

Tableau 1

PRINCIPALES HORMONES DU TRAVAIL, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU POST-PARTUM : LEURS EFFETS ET LES ACTIONS À PRIVILÉGIER PAR L'INFIRMIÈRE

HORMONES	Effets analgésiques	Stimulation du travail	Réduction de la douleur	Réduction du stress	Renforcement de l'attachement	Effets sur la production de lait, prolactine, réflexe de la déjection, réussite de l'allaitement	Effets spécifiques	Actions à privilégier par l'infirmière
OCYTOCINE NATURELLE	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Hormone principale du processus de l'accouchement.</p> <p>Augmente le sentiment de calme.</p> <p>A des effets sur le réflexe d'éjection expulsant le fœtus, le placenta et le lait maternel.</p> <p>Joue un rôle dans le déclenchement du travail et prévient l'hémorragie post-partum.</p>	<p>En cas de baisse des contractions, encourager la femme à stimuler ses mamelons manuellement ou encore avec le tire-lait.</p> <p>Encourager les moments intimes.</p> <p>Parler à voix basse, tamiser les lumières et fermer la porte de la chambre.</p>
ENDORPHINES			✓	✓	✓	✓	<p>Sont sécrétées pendant l'accouchement et l'allaitement.</p> <p>Altèrent positivement l'état de conscience (sommolence, euphorie).</p> <p>Favorisent l'adaptation du nouveau-né.</p> <p>Procurent un sentiment de bien-être à la mère et au bébé.</p>	<p>Au moment de la naissance, encourager le peau à peau, les contacts visuels, le toucher et la stimulation des mamelons par le bébé.</p> <p>Mettre en place un maximum de facteurs favorisant une physiologie hormonale normale et limiter au maximum les facteurs défavorisants. (Tableau 3).</p>
PROLACTINE						✓	<p>Optimise les réponses physiologiques et comportementales de la mère l'encourageant à s'adapter à son nouveau rôle.</p>	<p>Mettre en place un maximum de facteurs favorisant une physiologie hormonale normale et limiter au maximum les facteurs défavorisants. (Tableau 3).</p>
CATÉCHOLAMINES : adrénaline (épinéphrine) et noradrénaline (norépinéphrine)							<p>Hormones de stress (famille des catécholamines).</p> <p>Favorise la fin du travail, donnant à la mère l'énergie et les ressources nécessaires pour la naissance.</p> <p>Protège le fœtus de la baisse d'oxygène, optimise ses fonctions respiratoires et métaboliques ainsi que sa capacité à produire de la chaleur en préparation à la vie extra-utérine.</p> <p>En cours de travail, inhibe les contractions; peut occasionner un travail lent.</p>	<p>Atténuer la peur, l'anxiété, la sensation de faim et le sentiment d'être surveillée ou dérangée.</p> <p>Mettre en place un maximum de facteurs favorisant une physiologie hormonale normale et limiter au maximum les facteurs défavorisants. (Tableau 3)</p>

Sources : Alves et al., 2015; Bonapace et al., 2018; Buckley, 2015; Heinrichs et al., 2004; Hillman, Kallapur et Jobe, 2012; INSPQ, 2001-2019; Lagercrantz et Slotkin, 1986; Lowe, 2002; Matthiesen, et al, 2001; Nelson et Panksepp, 1998; Odent, 1990; Rivier et al., 1977; Uvnäs-Moberg, 2015.

Tableau 2

MÉCANISMES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE MODULATION DES COMPOSANTES DE LA DOULEUR

THÉORIE DU PORTILLON

- La stimulation de fibres afférentes de gros calibre empêche les plus petites fibres de transmettre les signaux de douleur, modulant ainsi la perception et l'intensité de la douleur.
- Un massage doux de la région douloureuse pendant ou entre les contractions peut être fait pour moduler la douleur.
- Exemples de stratégies : marche, certaines positions, immersion dans l'eau, application de compresses chaudes.

CIDN

- Une stimulation forte exercée à un endroit éloigné de la région douloureuse, et ce, pendant les contractions, permet une modulation de la douleur par la sécrétion d'endorphines.
- Exemples de stratégies : acupuncture, massage à la glace, injection d'eau stérile, massages profonds.

CCSSNC

- Un détournement de l'attention modifie le signal nociceptif et stimule l'inhibition de la douleur par la sécrétion d'endorphines.
- Exemples de stratégies : hypnose, relaxation, yoga, respiration, aromathérapie, musique, et, bien sûr, soutien.

Légende : CIDN : contrôle inhibiteur diffus nociceptif; CCSSNC : contrôle des centres supérieurs du système nerveux central. Sources : Bonapace et al., 2018; Le Bars, Dickenson et Besson, 1979a, b.

La compréhension des quatre composantes de la douleur guidera l'infirmière dans le choix des méthodes de gestion de la douleur à proposer selon la progression du travail et le seuil de douleur exprimé par la parturiente. Comme l'infirmière est aux premières loges aux côtés du couple, il est souhaitable qu'elle puisse partager avec l'équipe de soins ses connaissances, impressions et suggestions concernant les interventions qu'elle croit bénéfiques pour le couple et le bon déroulement de l'accouchement. Comme on l'a vu dans le premier article de cette série (mai-juin 2019), cette collaboration fait partie intégrante du rôle de l'infirmière (défense des intérêts).

les infirmières utilisent leur jugement clinique afin de choisir les stratégies les plus adaptées au ressenti de la parturiente, à la situation et au moment, et de mesurer les impacts. En outre, une infirmière comprenant ces mécanismes expliquera plus facilement à la parturiente et à la personne qui l'accompagne comment les stratégies proposées peuvent les aider à faire face à la douleur. Selon Marchand (2015) et Bonapace (2015), ces mécanismes se classent en trois catégories : 1) la théorie du portillon; 2) le CIDN (contrôle inhibiteur diffus nociceptif); et 3) le CCSSNC (contrôle des centres supérieurs du système nerveux central). Ils agissent sur le système nerveux et modulent les signaux avant que le cerveau les interprète comme étant douloureux.

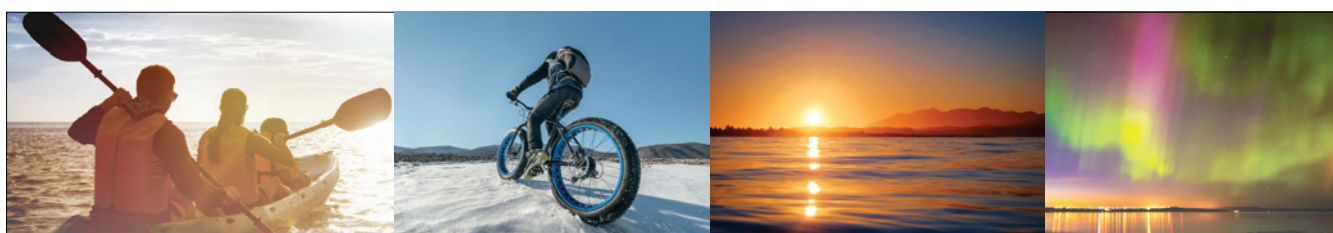
Les écrits scientifiques soulignent l'importance du rôle des infirmières œuvrant en obstétrique sur les plans de la gestion et de la compréhension de la douleur liée au travail de la parturiente.

LES MÉCANISMES DE MODULATION DE LA DOULEUR

Différents mécanismes sont à l'origine de la modulation de la douleur (Tableau 2). Ils permettent à la parturiente de mieux composer avec la douleur pendant le travail et l'accouchement (Bonapace et al., 2018). Grâce à la compréhension de ces mécanismes,

LES HORMONES

La connaissance du rôle de chaque hormone sécrétée par la femme et le fœtus permet à l'infirmière en obstétrique de guider les actions à privilégier tout au long du travail. L'infirmière comprend alors le processus physiologique en temps réel, pendant la progression



À LA RECHERCHE DE NOUVEAUX DÉFIS?
La Côte-Nord, c'est 272 290 km² d'espace pour vos passions, vos ambitions et surtout... votre vie!

Possibilités d'emplois dans divers services :

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

Certaines de nos installations offrent des avantages intéressants

- Prime de rétention ou d'éloignement
- Paiement des frais de déménagement
- Aide au logement

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

www.cissscn.com

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

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

Tableau 3
ENVIRONNEMENT DE NAISSANCE : FACTEURS FAVORISANTS ET DÉFAVORISANTS DE LA PHYSIOLOGIE HORMONALE

FACTEURS FAVORISANTS	FACTEURS DÉFAVORISANTS
Mère se sentant protégée, en sécurité, en contrôle et confiante	Bruits, conversations, voix fortes
Besoin d'intimité (pénombre) comblé	Paroles échangées avec la parturiente sans la regarder
Environnement calme et exempt de stress (personnes présentes calmes)	Lumières vives
Faible niveau de bruit et de lumière	Peur, anxiété, froid
Circulation limitée	Sentiment d'être observée, dérangée
Mère encouragée à adopter une attitude positive	Questionnements
Interventions évitées, limitées et repoussées le plus possible (tant que permis par la situation)	Certains examens et certaines interventions
Hydratation et alimentation permise selon le ressenti de la femme	Déclenchement du travail
Liberté de mouvement encouragée	Faim et soif
Auscultation intermittente privilégiée	Changement d'endroits
Présence de personnes significatives	Sentiment de ne pas être soutenue et accompagnée
Chambre individuelle	
Disponibilité de locaux adaptés à l'accompagnement et encourageant la liberté de mouvement et les positions à la verticale	
Disponibilité et visibilité de certains accessoires, comme le ballon et le banc de naissance	

Sources : Adapté de Bonapace et al., 2018; INESSS, 2012; INSPQ, 2001-2019; Westbury, 2015.

du travail, tout en anticipant les prochaines phases et en proposant des actions et des méthodes répondant davantage aux besoins de la femme. Bien saisir ces notions amène l'infirmière à faire confiance au processus physiologique de la naissance. Si celle-ci est reconnue comme un processus physiologique – ce que démontrent les écrits scientifiques – et qu'il est accepté, le corps sécrète au bon moment les hormones nécessaires au sain déroulement du travail. Produites pendant le travail et l'accouchement, les hormones régulent le travail, favorisent sa progression physiologique, réduisent la douleur ressentie, composent avec l'intensité du travail, contribuent au bien-être de la parturiente ainsi qu'à celui du fœtus et, enfin, préparent la mère à accueillir son nouveau-né. Après l'accouchement, elles aident à l'attachement mère-enfant et à l'établissement de l'allaitement, tout en assurant le bien-être de la mère et du nouveau-né. Le **Tableau 1** énumère les principales hormones et leurs effets pendant le travail et l'accouchement, ainsi que pendant la période post-partum.

Compte tenu du rôle de l'infirmière auprès de la parturiente par rapport à la libération d'hormones pendant le travail et l'accouchement, il est possible de mettre en œuvre certaines actions afin de maximiser la libération d'ocytocine naturelle et de limiter la libération

des hormones de stress. L'environnement de la naissance constitue l'un des facteurs susceptibles d'influencer le niveau de stress de la femme et, ainsi, d'avoir un effet important sur son expérience et sur la progression du travail (Bonapace et al., 2018).

L'ENVIRONNEMENT DURANT LE TRAVAIL

Selon Westbury (2015), « l'environnement de naissance peut faire toute la différence entre une expérience de la naissance satisfaisante et une expérience traumatique ». En permettant de composer avec la douleur, certains facteurs favorisent la physiologie hormonale normale de la parturiente et facilitent le processus du travail et de l'accouchement. D'autres éléments de l'environnement aident le post-partum immédiat afin de créer des conditions idéales pour l'amorce de l'allaitement et l'attachement de la dyade mère-enfant. Les facteurs défavorisants, quant à eux, déclenchent différents mécanismes hormonaux ayant pour effet de perturber le travail. Plus spécifiquement, stimuler la production de catécholamines (adrénaline, noradrénaline) ou d'endorphines peut ralentir la progression du travail et, potentiellement, augmenter le recours aux interventions obstétricales (Lederman, Lederman, Work et Mc Cann, 1978) (**Tableau 3**). Connaître ces différents facteurs et assurer une vigilance prend ici toute son importance pour les infirmières (voir aussi « Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement » dans le numéro de mai-juin 2019).

CONCLUSION

La douleur de l'accouchement a un sens. Le reconnaître trace la voie à une expérience positive de la naissance et à la satisfaction de la mère. En comprenant les composantes de la douleur, l'infirmière en favorise la modulation. Elle a un rôle de premier ordre dans la gestion de la douleur de l'accouchement et dans l'accompagnement de la parturiente et de son partenaire. La compréhension du rôle de la douleur, de ses composantes et de ses mécanismes de modulation, ainsi qu'une connaissance du rôle des hormones et de l'importance de l'environnement dans le processus de l'accouchement sont des acquis essentiels permettant à l'infirmière d'occuper pleinement son champ d'exercice. ●



Photo montrant un environnement de soins en centre hospitalier adapté et adéquat favorisant la physiologie hormonale normale du travail et de l'accouchement (lumières tamisées, conjoint à proximité et impliqué, liberté de mouvements, disponibilités et visibilité d'accessoires). Les auteurs remercient Marie-Pier Bilodeau et Maxime Guévremont qui ont aimablement fourni cette photo.

LES AUTEURES

VÉRONIQUE LAROUCHE
Inf., M. Sc.

Conseillère cadre en soins infirmiers, Continuum famille, DI-TSA, DP, à la Direction adjointe - Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et de la prévention des infections, au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

MARIE-JOSÉE MARTEL
Inf., Ph. D.

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

ANNIE BRONSARD

Sage-femme, B. Sc., Attestation d'étude de 2^e cycle au MIPUSS (microprogramme de deuxième cycle en pédagogie des sciences de la santé).

Sage-femme clinicienne à la Maison de naissance de la Rivière du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et chargée de cours au Département sage-femme de l'UQTR.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2018). «Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale: lignes directrices nationales». Ottawa, ON: ASPC.

Alves, E., Fielder, A., Ghabriel, N., Sawyer, M. et Buisman-Pijlman, F. T. A. (2015). «Early social environment affects the endogenous oxytocin system: A review and future directions». *Frontiers in Endocrinology*, 6, 32.

Bonapace, J. (2015). «Trusting birth with the Bonapace method. Keys to loving your birth experience». Arcadia, CA: Juniper Publishing.

Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E. et Buckley, S. (2018). «Directive clinique No 355 – Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 246-266.

Bonica, J. (1994). «Labour pain». Dans S. McMahon, M. Koltzenburg, I. Tracey (dir.), «Wall & Melzack's textbook of pain». New York: Churchill Livingstone.

Buckley, S. J. (2010). «Ecstatic birth: Nature's hormonal blueprint for labour» [Ebook]. Repéré à <https://pdfs.semanticscholar.org/5c5e/f123a77cee731a1e95863348f26ba6a7f9e.pdf>

Buckley, S. J. (2015). «Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies and maternity care». Washington, DC: National Partnership for Women & Families.

Chapman, C. R. et Gavrin, J. (1993). «Suffering and its relationship to pain». *Journal of Palliative Care*, 9(2), 5-13.

Cheung, W., Ip, W. Y. et Chan, D. (2007). «Maternal anxiety and feelings of control during labour: A study of Chinese first-time pregnant women». *Midwifery*, 23(2), 123-130.

Fuchs, A. R., Fuchs, F., Husslein, P., Soloff, M. S. et Fernström, M. J. (1982). «Oxytocin receptors and human parturition: A dual role for oxytocin in the initiation of labor». *Science*, 215(4538), 1396-1398.

Green, J. M. et Baston, H. A. (2003). «Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences». *Birth*, 30(4), 235-247.

Heinrichs, M., Meinschmidt, G., Wippich, W., Ehler, U. et Hellhammer, D. H. (2004). «Selective amnesic effects of oxytocin on human memory». *Physiology & Behavior*, 83(1), 31-38.

Hillman, N. H., Kallapur, S. G. et Jobe, A. H. (2012). «Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life». *Clinics in Perinatology*, 39(4), 769-783.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). «Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque» [Avis préparé par Michel Rossignol, Faiza Boughrassa et Jean-Marie Moutquin]. *ETMIS*, 8(14), 1-134.

Institut national de santé publique du Québec. (2001-2019). «Portail d'information périnatale». Québec: INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale>

Lagercrantz, H. et Slotkin, T. A. (1986). «The "stress" of being born». *Scientific American*, 254(4), 100-107.

Leap, N., Dodwell, M. et Newburn, M. (2010). «Working with pain in labour—An overview of evidence». *New Digest*, 49, 22-26.

Le Bars, D., Dickenson, A. H. et Besson, J. M. (1979a). «Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). I—Effects on dorsal horn convergent neurones in the rat». *Pain*, 6(3), 283-304.

Le Bars, D., Dickenson, A. H. et Besson, J. M. (1979b). «Diffuse noxious inhibitory controls (DNIC). II—Lack of effect on non-convergent neurones, supraspinal involvement and theoretical implications». *Pain*, 6(3), 305-327.

Lederman, R. P., Lederman, E., Work Jr., B. A. et Mc Cann, D. S. (1978). «The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 132(5), 495-500.

Lindblom U., Merskey, H., Mumford, J. M., Nathan, P. W. Noordenbos,

W. et Sunderland, S. (1986). «Pain terms—A current list with definitions and notes on usage». *Pain*, 24, S215-S221.

Lowe, N. K. (2002). «The nature of labor pain». *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), S16-S24.

Marchand, S. (2009). «Le phénomène de la douleur» (2^e éd.). Montréal: Chenelière.

Marchand, S. (2015). «The phenomenon of pain». Washington, DC: International Association for the Study of Pain.

Matthiesen, A. S., Ransjö-Arvidson, A. B., Nissen, E. et Uvnäs-Moberg, K. (2001). «Postpartum maternal oxytocin release by newborns: Effects of infant hand massage and sucking». *Birth*, 28(1), 13-19.

Nelson, E. E. et Panksepp, J. (1998). «Brain substrates of infant-mother attachment: Contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine». *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22(3), 437-452.

Odent, M. (1987). «The fetus ejection reflex». *Birth*, 14(2), 104-105.

Odent, M. R. (1990). «Position in delivery». *Lancet*, 335(8698), 1166.

Rivier, C., Vale, W., Ling, N., Brown, N. et Guillemin, R. (1977). «Stimulation in vivo of the secretion of prolactin and growth hormone by beta-endorphin». *Endocrinology*, 100(1), 238-241.

Simkin P. et Bolding, A. (2004). «Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering». *Journal of Midwifery & Womens Health*, 49(6), 489-504.

Tinti, C., Schmidt, S. et Businaro, N. (2011). «Pain and emotions reported after childbirth and recalled 6 months later: The role of controllability». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 32(2), 98-103.

Uvnäs-Moberg, K. (2015). «Oxytocin: The biological guide to motherhood». Plano, TX: Hale Publishing.

Westbury, B. (2015). «The power of environment». *The Practising Midwife*, 18(6), 24-26.

PRÊT
POUR TON
NOUVEAU DÉFI?

MON+ VOUS OFFRE

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

MON+ RECHERCHE

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

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

Cas clinique EUGÈNE, DEUX MOIS

Un couple accompagne son enfant de deux mois au CLSC pour qu'il reçoive ses premiers vaccins. Les parents ont brièvement lu sur la vaccination dans le guide *Mieux vivre avec son enfant* et sont favorables à l'intervention. Leur fils Eugène n'a aucun problème de santé et son développement est normal.
Quelle est votre démarche?

Vaccination durant l'enfance : intervention incontournable pour la santé publique

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 PRENDRE

connaissance des nouveautés du calendrier de vaccination régulier du Québec.

02 APPLIQUER

de manière optimale les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec.

03 PROMOUVOIR

la vaccination auprès des parents de jeunes enfants.

par GENEVIÈVE BOILY, B. Sc. inf., M. Sc. et
JULIE DWYER, M. Sc. (A)

Avant l'utilisation de la vaccination, les maladies infectieuses étaient responsables d'un important fardeau de morbidité et de mortalité. Encore aujourd'hui, on observe un nombre significatif de cas et de décès de maladies pourtant évitables par la vaccination dans plusieurs pays où les programmes d'immunisation ne sont pas mis en place de manière optimale. En outre, certaines maladies sont en résurgence, et ce, même dans les pays où des programmes d'immunisation sont bien implantés. Cet état de fait a conduit l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à identifier l'hésitation à l'égard des vaccins, ou la non-vaccination volontaire, comme l'une des dix menaces à la santé mondiale en 2019 (OMS, 2019a).

La poliomyélite, par exemple, une maladie d'origine virale qui touche principalement les enfants de moins de cinq ans, a causé au fil des ans et à travers le monde des conséquences graves, comme la paralysie irréversible, surtout des jambes, ou la mort (OMS, 2018a; MSSS, 2019a). La réponse au vaccin est très efficace. Un mois après la troisième dose, 95 % des personnes vaccinées sont protégées, alors que le taux augmente à 99 % après quatre doses (MSSS, 2019b). De nos jours, cette maladie est presque éradiquée dans le monde grâce à la vaccination, bien que nombre de personnes vivent toujours avec des séquelles physiques.

La rougeole, une infection d'origine virale, est encore présente dans nos sociétés malgré l'existence de programmes d'immunisation efficaces. Elle est en résurgence dans plusieurs régions du monde dont l'Europe et les Amériques, surtout en raison de faibles taux de vaccination des populations. À l'échelle mondiale, on constate une augmentation de 30 %

À travers le monde, la vaccination contre la rougeole a permis d'éviter des millions de décès. [...] on doit maintenir à 95 % la proportion de personnes vaccinées (couverture vaccinale) pour prévenir et contrôler cette maladie.

du nombre de cas depuis 2016 (OMS, 2018c). Cette infection extrêmement contagieuse touche surtout les enfants. Il n'existe pas de traitement et la majorité des personnes atteintes guérissent d'elles-mêmes en quelques semaines, bien que des séquelles graves puissent survenir chez certaines d'entre elles, comme la cécité, l'encéphalite (1 cas sur 1 000 à 2 000), la pneumonie (1 à 6 % des cas) ou le décès (1 cas sur 3 000) (OMS, 2018b; MSSS, 2019c). Le vaccin contre la rougeole est très efficace. Après une seule dose, 95 % des personnes vaccinées sont immunisées, un taux qui augmente à 99 % après deux doses (MSSS, 2019d).

À travers le monde, la vaccination contre la rougeole a permis d'éviter des millions de décès. Pourtant, des milliers d'enfants continuent de mourir chaque année des suites de la rougeole, principalement dans les pays en voie de développement (OMS, 2018b). En 2016, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), bureau régional des Amériques pour l'OMS, avait déclaré que la transmission endémique de la rougeole était éliminée dans les Amériques (OPS, 2017). Or, on doit maintenir à 95 % la proportion de personnes vaccinées (couverture vaccinale) pour prévenir et contrôler cette maladie. Dans les établissements d'enseignement du Québec en 2018, elle n'était que de 78 % au primaire et de 87 % au secondaire. Quelques années auparavant, une épidémie touchant plus de 700 personnes – surtout des adolescents – dans dix régions du Québec avait mené à une vaccination massive des jeunes en milieu scolaire en 2011-2012. Depuis, en plus de la vaccination régulière des jeunes enfants, le rattrapage vaccinal se poursuit en milieu scolaire. Ainsi, le Québec poursuit son engagement vers l'élimination de cette maladie. Les autorités de santé publique doivent maintenant un haut degré de surveillance de cette maladie, car elle continue à circuler dans plusieurs régions du monde. Le Québec a d'ailleurs connu plusieurs cas, sporadiques et secondaires, dans les premiers mois de 2019 (OPS, 2017; MSSS, 2017, 2019f; CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2019).

L'infection invasive à méningocoque est une autre infection qui préoccupe à juste titre les autorités de santé publique et de nombreux parents. On a dû procéder à deux reprises à des campagnes de vaccination de masse contre le méningocoque de sérotype C (en 1994 et en 2001-2002) avant la distribution d'un vaccin plus efficace qui est dorénavant inclus au calendrier régulier de vaccination des enfants âgés de 12 mois (MSSS, 2019g). Plus récemment, des campagnes de vaccination contre le méningocoque de sérotype B ont visé certaines populations québécoises en raison de la situation épidémiologique particulière de leur région. La vaccination systématique contre le sérotype B ne fait pas partie du calendrier régulier, mais la surveillance de l'épidémiologie de ces infections se poursuit pour adapter le programme vaccinal au besoin (MSSS, 2019h).

Le rotavirus est la principale cause de diarrhée aiguë chez les bébés et les jeunes enfants partout dans le monde. Le vaccin contre le rotavirus a été introduit au calendrier régulier de vaccination en 2011 et prévoit deux doses administrées avant l'âge de huit mois. Avant la vaccination, on comptait de 900 à 1 500 hospitalisations par année pour cause de gastroentérite à rotavirus; dès la première saison d'utilisation du vaccin, on a estimé à 96 % son efficacité à prévenir les hospitalisations pour gastroentérite à rotavirus, en comparaison avec les hospitalisations d'années antérieures (MSSS, 2019i).

Plusieurs autres maladies infectieuses évitables par la vaccination sont présentes à l'échelle mondiale. Les vaccins sont multiples, certains étant parfois plus efficaces que d'autres. Il revient aux autorités de santé publique de chaque pays ou région d'établir les priorités et les programmes de vaccination pour leur population, selon les recommandations de l'OMS et les réalités qui leur sont propres (OMS, 2019b).

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS D'IMMUNISATION

Au Québec, le directeur national de santé publique détermine les priorités de vaccination qui sont définies dans le Programme québécois d'immunisation. Celui-ci comprend divers programmes de vaccination gratuite visant la prévention de maladies spécifiques selon leur dangerosité et l'épidémiologie au Québec, au Canada et à l'étranger.

Le Programme québécois d'immunisation est en constante évolution. Il tient compte des plus récentes connaissances scientifiques, d'avis d'experts et de la faisabilité de son application. Il vise à prévenir des maladies infectieuses dans la population québécoise (MSSS, 2019e). Il fait l'objet d'un suivi constant permettant son évaluation et son adaptation le cas échéant et a mené à une diminution importante du taux de maladies évitables par la vaccination.

En 2018, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a émis un avis scientifique visant l'optimisation du calendrier de vaccination des jeunes enfants (INSPQ, 2018). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en a intégré les changements au calendrier vaccinal; ceux-ci touchent principalement les enfants nés depuis le 1^{er} juin 2019 (MSSS, 2019j). Le calendrier vaccinal existant est ainsi simplifié pour les deux premières années de vie de l'enfant tout en assurant la meilleure protection vaccinale possible. Ces changements avaient aussi pour but de diminuer les retards vaccinaux grâce à la réduction du nombre de visites dans la première année de vie de l'enfant ainsi que du nombre d'injections par visite.

À l'aide d'un suivi continu et de l'évaluation de ses impacts, le Programme québécois d'immunisation peut être amélioré pour accroître, d'une part, son acceptabilité auprès de la population et, d'autre part, son efficacité à réduire le nombre de maladies infectieuses (MSSS, 2019e; INSPQ, 2012). Par exemple, le programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire, mis en œuvre en 1994, a fait chuter de 90 % le nombre de cas d'hépatite B aiguë chez les adolescents et les jeunes adultes, et ce, en quelques années seulement (MSSS, 2019e). Pour maintenir ces gains et offrir la protection encore plus tôt, la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons dès l'âge de deux mois a débuté en 2013. Le calendrier vaccinal permet donc de conférer l'immunité contre l'hépatite B dès le plus jeune âge en conformité avec les normes canadiennes et internationales (INSPQ, 2012).

MISE À JOUR DU CALENDRIER VACCINAL CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Le **Tableau 1** montre le calendrier optimisé proposé depuis le 1^{er} juin 2019 selon la date de naissance de l'enfant. **Pour les enfants nés à partir du 1^{er} juin 2019**, on note l'absence de visite à l'âge de six mois. La dose du vaccin DCaT-VPI-Hib (contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio et l'*Hæmophilus influenzae* de type b) qui était administrée à cet âge l'est dorénavant à 12 mois. La protection contre la varicelle comprend toujours deux doses qui seront administrées avec le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO-Var) à 12 et à 18 mois. La vaccination contre le méningocoque de sérotype C est reportée à 18 mois, tandis que la protection contre l'hépatite A sera offerte aux jeunes enfants âgés de 18 mois. De plus, **les enfants âgés d'un an à partir du 1^{er} juin 2019** recevront le vaccin RRO-Var plutôt que le vaccin RRO. Les autres enfants poursuivront leur vaccination sur la base de l'ancien calendrier (INSPQ, 2018).

Tableau 1

MISE À JOUR DU CALENDRIER DE VACCINATION CHEZ LES JEUNES ENFANTS – APPLICATIONS SELON LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT

ÂGE	NÉS AVANT LE 1 ^{ER} JUIN 2019	ÂGÉS DE 1 AN À PARTIR DU 1 ^{ER} JUIN 2019	NÉS À PARTIR DU 1 ^{ER} JUIN 2019
2 mois	DCaT-HB-VPI-Hib Pneu-C Rota	DCaT-HB-VPI-Hib Pneu-C Rota	DCaT-HB-VPI-Hib Pneu-C Rota
4 mois	DCaT-HB-VPI-Hib Pneu-C Rota	DCaT-HB-VPI-Hib Pneu-C Rota	DCaT-HB-VPI-Hib Pneu-C Rota
6 mois	DCaT-VPI-Hib	DCaT-VPI-Hib	Aucun vaccin prévu*
12 mois	Pneu-C RRO Men-C	Pneu-C RRO-Var Men-C	Pneu-C RRO-Var DCaT-VPI-Hib
18 mois	DCaT-HB-VPI-Hib RRO-Var	DCaT-HB-VPI-Hib RRO-Var	HAHB RRO-Var Men-C
4-6 ans	dcaT-VPI Var	dcaT-VPI	dcaT-VPI

* Pour les enfants en bonne santé.
Source : MSSS, 2019j.

VOTRE OUTIL PRINCIPAL POUR LA VACCINATION : LE PIQ

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) est l'outil de référence principal et incontournable de l'infirmière offrant la vaccination. Cet ouvrage du MSSS est désormais uniquement disponible en ligne (OIIQ, 2018). La septième édition s'appuie sur les plus récentes connaissances scientifiques ainsi que sur l'expertise dans le domaine de l'immunisation.

Le PIQ peut être consulté par sections. Les 18 sections, très détaillées, abordent entre autres les sujets suivants : immunologie de la vaccination; vaccinologie pratique (précisant les notions de réponse aux vaccins, intervalles, contre-indications et précautions); responsabilités professionnelles et légales; calendriers de vaccination; ainsi que vaccins et immunoglobulines. Comme pour l'ancienne version papier, le PIQ propose des feuilles d'information sur les vaccins à l'intention des personnes vaccinées.

Sur le site du PIQ, la section « Principales modifications » propose les mises à jour effectuées depuis sa mise en ligne en avril 2018. On y retrouve notamment l'optimisation du calendrier vaccinal chez les jeunes enfants, diffusée en avril 2019. Pour s'assurer de toujours utiliser la version la plus récente du PIQ, il est recommandé de se référer au document en ligne sur une base continue. Pour faciliter l'orientation sur la nouvelle plateforme Web du PIQ, une capsule narrée est proposée aux nouveaux utilisateurs (MSSS, 2018a).

Le Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) est l'outil de référence principal et incontournable de l'infirmière offrant la vaccination.

L'IMMUNISATION, UN RÔLE INFIRMIER ESSENTIEL

La vaccination est une activité réservée aux infirmières lorsqu'elle découle de l'application de la *Loi sur la santé publique*. C'est donc dire qu'afin de mettre en place les interventions qui s'inscrivent dans le Programme national de santé publique du Québec, l'infirmière peut administrer de façon autonome tous les produits immunisants contenus dans le PIQ si elle a la compétence et l'habileté requises pour le faire et si elle détient les informations les plus à jour concernant l'immunisation (MSSS, 2018b). En établissement, la vaccination est encadrée par une règle de soins élaborée par la Direction des soins infirmiers (DSI) et qui fait appel à l'utilisation du PIQ (OIIQ, 2016a). L'infirmière se doit de suivre la règle de soins de son établissement.

L'infirmière a la responsabilité professionnelle de promouvoir les interventions efficaces qui sont bénéfiques et recommandées à une personne, y compris la vaccination d'un enfant selon le Programme québécois d'immunisation.

L'infirmière joue un rôle essentiel dans la protection de la population contre les maladies évitables par la vaccination. Ce rôle s'accompagne de la responsabilité de recommander la vaccination à toutes les personnes considérées à risque pour l'une des maladies infectieuses inscrites dans le PIQ, que ces vaccins soient couverts ou non par le Programme québécois d'immunisation (OIIQ, 2016a). Toutes les infirmières ne sont pas appelées à procéder à la vaccination, mais certaines pourront en faire l'administration selon la planification régionale et locale des ressources. Toutefois, cette situation n'empêcherait pas une infirmière de recommander une immunisation – bien qu'elle ne puisse l'administrer elle-même – et d'orienter la personne vers les services appropriés (OIIQ, 2016a). En outre, une infirmière en pratique privée souhaitant procéder à la vaccination peut demander à la Direction de santé publique (DSP) de sa région de conclure une entente pour qu'elle puisse obtenir et fournir les vaccins gratuits prévus au Programme québécois d'immunisation (OIIQ, 2016b). Il revient à la DSP de déterminer si cette entente est pertinente dans sa région.

Pour la vaccination comme pour tout type de soins, l'infirmière doit appuyer ses interventions sur les connaissances scientifiques. Dans le domaine de l'immunisation, le PIQ est le document scientifique le plus à jour et l'infirmière doit s'y conformer pour offrir la meilleure intervention, et ce, quelles que soient ses propres croyances à propos de l'immunisation. En effet, il est reconnu que les croyances, les mythes ainsi que le manque de connaissances de la population et de vacinateurs, dont des infirmières, constituent des obstacles importants à la vaccination (INSPQ, 2005; OIIQ, 2007). L'infirmière est responsable, par la formation continue, de mettre à jour ses connaissances en matière de vaccination, afin qu'à son tour elle puisse renseigner adéquatement la population sur les bienfaits et l'efficacité des vaccins (OIIQ, 2007). L'un des cas cliniques suivants permettra d'illustrer comment l'infirmière peut dissiper les mythes et croyances de la population liés à la vaccination.

CAS CLINIQUES

Prenons trois cas particuliers pour mettre en lumière le rôle de l'infirmière auprès des parents de jeunes enfants visés par le Programme québécois d'immunisation : la première vaccination d'un bébé de deux mois; la vaccination d'un enfant de douze mois dont le parent montre certaines réticences; et, enfin, la vaccination d'un enfant de deux ans nouvellement arrivé de l'étranger, ce qui requiert l'adaptation du calendrier vaccinal. Ces cas cliniques permettront également d'illustrer l'application du nouveau calendrier vaccinal chez les jeunes enfants.

Cas n° 1 : primovaccination à l'âge de deux mois

Selon le nouveau calendrier régulier, un enfant de deux mois qui n'a jamais reçu de vaccins auparavant devrait recevoir trois vaccins : le vaccin combiné DCaT-HB-VPI-Hib contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, l'hépatite B, la poliomyélite et l'*Hæmophilus influenzae* de type b; le vaccin conjugué contre le pneumocoque; et le vaccin contre le rotavirus (MSSS, 2019k).

Les vaccins sont administrés avec le consentement des parents si l'enfant ne présente aucune contre-indication. Afin d'obtenir leur consentement, on leur a remis les feuilles d'information sur les vaccins tirées du PIQ contenant des renseignements sur les avantages et les risques de manifestations post vaccinales de chaque vaccin.

Cas clinique

N° 1 : primovaccination à l'âge de deux mois

Eugène : deux mois (né le 5 juillet 2019)

– Nouveau calendrier / né à partir du 1^{er} juin 2019

Un couple accompagne son enfant de deux mois au CLSC afin qu'il reçoive ses premiers vaccins. Les parents ont brièvement lu sur la vaccination dans le guide *Mieux vivre avec son enfant* et sont favorables à l'intervention. Eugène n'a aucun problème de santé et son développement est normal.

L'infirmière remet une feuille d'information sur chaque vaccin offert. Elle explique brièvement chacun des vaccins, leurs effets bénéfiques et les manifestations cliniques à surveiller suivant la vaccination. Elle donne également quelques moyens pour réduire l'effet des manifestations post vaccinales habituelles si cela s'avérait nécessaire.

Par exemple, en cas de douleur, de rougeur ou de gonflement au site d'injection, les parents peuvent appliquer une compresse humide froide à l'endroit de l'injection et utiliser un médicament contre la fièvre ou les malaises au besoin. L'infirmière répond aux questions des parents et confirme leur consentement à l'administration des vaccins. Après le retour à domicile, si les manifestations cliniques leur paraissent plus importantes que ce qui était attendu, les parents peuvent communiquer avec leur service de santé ou Info-Santé.

L'infirmière d'Eugène prépare les trois vaccins selon les produits disponibles au CLSC. Elle prépare et identifie les vaccins immédiatement avant leur injection, choisit les sites d'injection, s'assure que les muscles sont bien développés et détermine la longueur d'aiguille appropriée. Le vaccin DCaT-HB-VPI-Hib et le vaccin conjugué contre le pneumocoque s'administrent par voie intramusculaire, alors que le vaccin contre le rotavirus est administré par voie orale.

Après la vaccination, l'infirmière rappelle aux parents que les prochains vaccins d'Eugène seront administrés à l'âge de quatre mois selon le calendrier régulier. Elle leur explique que plusieurs doses du même vaccin sont requises pour assurer une protection à long terme.

Après avoir obtenu le consentement des parents pour chacun des vaccins indiqués, l'infirmière procède à leur préparation et à leur administration. Le PIQ en précise par ailleurs la composition, la présentation et l'administration. Par exemple, certains vaccins requièrent une reconstitution par l'infirmière, qui ajoute un diluant à la fiole du vaccin en poudre, alors que d'autres vaccins se présentent sous la forme d'un liquide déjà reconstitué, ou encore dans une seringue prête à l'emploi (MSSS, 2018c). En outre, la voie d'administration varie selon le vaccin : elle peut être intramusculaire, sous-cutanée, intradermique, orale ou intranasale. Il est essentiel de suivre les recommandations du fabricant pour une efficacité optimale du vaccin. Il faut savoir que le PIQ explique chacune de ces techniques d'administration (MSSS, 2019l). Il précise aussi comment choisir un bon site d'injection, par exemple sans inflammation, démangeaison, cicatrice, nodule, sensibilité, induration ou douleur (MSSS, 2018d). Il recommande également d'avoir à sa disposition deux ampoules d'adrénaline (1:1000) lors de l'administration des produits immunisants, afin de pouvoir intervenir promptement en cas de réaction anaphylactique (MSSS, 2018e).

Il fait partie de la responsabilité de l'infirmière de documenter ses interventions en inscrivant les vaccins administrés dans le carnet de l'enfant et dans son dossier, puis en consignait les vaccins administrés au Registre de vaccination du Québec. Ce registre informatisé permet de recenser tous les vaccins administrés à une personne et peut être consulté au besoin par les intervenants autorisés du réseau de la santé (Gouvernement du Québec, 2019).

Dans les heures et les jours suivant la vaccination, l'infirmière ou tout professionnel de la santé qui prendrait connaissance de manifestations post vaccinales inhabituelles rapportées par le parent doit remplir le formulaire intitulé *Déclaration de manifestations cliniques après une vaccination* et le transmettre à la DSP de sa région (MSSS, 2018f).

Cas n° 2 : parent réticent à la vaccination

L'infirmière a la responsabilité professionnelle de promouvoir les interventions efficaces qui sont bénéfiques et recommandées à une personne, y compris la vaccination d'un enfant selon le Programme québécois d'immunisation. Lorsqu'un parent semble ambivalent ou réticent quant à la vaccination de son enfant, l'entretien motivationnel peut s'avérer l'intervention de choix (AFDEM, 2017). Il est efficace pour amenuiser l'hésitation du parent et, par le fait même, influencer favorablement son intention de faire vacciner

Cas clinique

N° 2 : parent réticent à la vaccination

Louise : 12 mois (née le 29 août 2018)

– Calendrier ajusté / 1 an à partir du 1^{er} juin 2019

Une mère accompagne son enfant pour son vaccin de 12 mois. Selon le calendrier ajusté, Louise devrait recevoir les vaccins RRO-Var, pneumocoque du groupe C et méningocoque du groupe C. Depuis le dernier vaccin que la petite a reçu à l'âge de six mois, la mère a entendu parler des réactions possibles au vaccin contre la rougeole et est réticente à le faire administrer à son enfant. Et en réalité, elle en voit peu l'importance car la rougeole a disparu au Québec.

L'infirmière souligne à la mère de Louise qu'elle aimerait aborder avec elle la vaccination contre la rougeole et l'invite à nommer ses préoccupations. Elle lui demande également si elle accepte qu'elle lui remette une fiche présentant l'ensemble des recommandations et possibles réactions au vaccin. Enfin, elle demande à la mère si elle est au courant des importantes résurgences de cas de rougeole à travers le monde, y compris au Québec, et propose de lui donner plus d'information à ce sujet.

l'enfant, donc ultimement pour élargir la couverture vaccinale chez les enfants (Fortier, 2017). Pour que cette intervention soit efficace, il importe de tenir compte de la position du parent et d'éviter de le confronter en remettant en question ses arguments. C'est ce qu'on appelle le réflexe correcteur, une réaction que l'infirmière devrait éviter si elle souhaite favoriser l'échange (AFDEM, 2017). L'infirmière reconnaît l'expertise du parent qui connaît son enfant et reconnaît l'autonomie et le potentiel du parent pour ce qui est de prendre les meilleures décisions pour son enfant.

Il est essentiel de suivre les recommandations du fabricant pour une efficacité optimale du vaccin.

Lors de l'intervention, l'utilisation de questions ouvertes peut aider à comprendre les réticences du parent. Le reflet ou la reformulation peuvent faire surgir les raisons qui motivent ses choix. Faire nommer les avantages et les inconvénients d'accepter (ou de refuser) l'intervention, c'est-à-dire la « balance décisionnelle », peut aussi être utile. Si l'infirmière souhaite transmettre une information complémentaire qui pourrait influencer le choix du parent, elle lui demandera s'il accepte qu'elle lui transmette de l'information complémentaire. Et elle fera la même chose si elle souhaite offrir un conseil au parent (AFDEM, 2017). Le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CRCHUS) a réalisé une courte vidéo pour illustrer un entretien motivationnel avec un parent concernant la vaccination de son enfant (CRCHUS, 2018).

Plutôt que de dicter les recommandations du PIQ et d'argumenter en faveur de la vaccination, il est préférable d'écouter les préoccupations du parent, de lui faire nommer ses connaissances sur le sujet et d'offrir de l'information complémentaire, s'il le souhaite, pour contribuer à sa prise de décision. Cette approche permet de respecter l'autonomie du parent et de favoriser

l'ouverture de celui-ci à recevoir du soutien. Cette intervention nécessite un changement d'approche pour plusieurs infirmières. Il ne s'agit pas de donner de l'information sans savoir si la personne y est attentive ou intéressée, mais bien d'offrir un soutien s'il est désiré par le parent. Dans certains cas, le parent refusera le soutien et l'infirmière devra accepter ce choix en respectant son autonomie. Rappelons-nous que donner de l'information ou des conseils à une personne qui n'en veut pas est contre-productif et inefficace. Il vaut mieux être attentif aux signes d'ouverture de la personne et aborder à nouveau le sujet une prochaine fois. Dans le cas de la vaccination chez l'enfant, la fréquence des rendez-vous permet de revenir sur les vaccins manqués au besoin. En tout temps, l'infirmière respecte la décision du parent, qui est la personne indiquée en vue de donner un consentement pour son enfant.

On a vu récemment que la rougeole était en émergence dans plusieurs endroits où cette infection était contrôlée depuis plusieurs années. On assiste à une multiplication de la désinformation sur les réseaux sociaux afin de dissuader les gens de se faire vacciner. Comme professionnel de la santé, il est important d'avoir accès à différentes sources d'information crédibles pour soutenir le choix des parents. Certains parents sont encore convaincus qu'il existe un lien entre le risque d'autisme et le vaccin contre la rougeole. Une étude frauduleuse a malheureusement alimenté cette crainte durant plusieurs années avant que la revue scientifique qui l'avait publiée ne la retire et ne publie une déclaration concernant les éléments incorrects de l'étude (Eggertson, 2010). Plusieurs autres études, utilisant des méthodologies éprouvées et variées, ont maintes fois démontré que le vaccin contre la rougeole n'augmentait pas le risque d'autisme chez les enfants (Hviid et al., 2019; Taylor, Swerdfeger et Eslick, 2014). Ces renseignements peuvent être utiles lorsqu'un parent soulève cette préoccupation et qu'il est ouvert à en parler avec l'infirmière.

Il est également pertinent d'être au courant des plus récentes données épidémiologiques afin de pouvoir donner de l'information à un parent qui croit, par exemple, que certaines infections ont disparu et qu'il n'y a pas de risque réel. Enfin, certains parents évaluent les avantages et les inconvénients de la vaccination du seul point de vue de leur enfant. Il est alors pertinent, si les parents y sont ouverts, de faire porter la conversation sur les avantages de la vaccination du point de vue populationnel, en mentionnant que la couverture vaccinale protège la population et protège donc les enfants trop jeunes pour recevoir les vaccins, comme l'était leur enfant avant d'atteindre l'âge minimal pour la vaccination.

Une section du PIQ aborde la communication efficace concernant la vaccination et propose une section de type « questions/réponses » visant à outiller les professionnels de la santé du domaine de l'immunisation (MSSS, 2018g). Nous vous invitons fortement à la consulter en vue de mieux soutenir les parents d'enfants à vacciner.

Enfin, pour promouvoir la vaccination des jeunes enfants, le MSSS a implanté en 2017 le Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE), qui consiste à faire une intervention dès la naissance de l'enfant, c'est-à-dire durant le séjour post-partum de la mère en milieu hospitalier (MSSS, 2018h).

Cas n° 3 – Adaptation d'un calendrier vaccinal chez un enfant nouvellement arrivé au Québec

Des personnes nouvellement arrivées au Québec, enfants et adultes, peuvent être vulnérables aux maladies évitables par la vaccination en raison de l'absence de programmes d'immunisation efficaces dans leur pays d'origine (MSSS, 2018i). La vaccination de ces personnes pose souvent un défi pour les vaccinateurs car elles n'ont pas toujours leur dossier de vaccination avec elles, les dossiers de vaccination peuvent être rédigés dans une langue étrangère, les calendriers et les vaccins peuvent être différents de ceux utilisés au Canada et, enfin, l'authenticité des informations colligées peut être remise en doute (MSSS, 2018i). Pour favoriser l'accessibilité de tous au Programme québécois d'immunisation, la gratuité de la vaccination décrite dans le PIQ s'applique à toute personne qui vit au Québec, et ce, quels que soient son statut légal et sa couverture d'assurance (MSSS, 2019m).

**LA BAIE D'UNGAVA
VOUS INTÉRESSE ?**

PROCHAINES SÉANCES D'INFORMATION
POUR LE PERSONNEL INFIRMIER :
MARDI 17 SEPTEMBRE À 20H30
SAMEDI 19 OCTOBRE À 14H00

INSCRIVEZ-VOUS :
1 877 893-7646
recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca

Cas clinique

N° 3 : Adaptation d'un calendrier vaccinal chez un enfant nouvellement arrivé au Québec

Eduardo : deux ans (né le 3 mars 2017) – Calendrier selon l'âge à la première visite

Un père et son enfant de deux ans nouvellement arrivés du Mexique se présentent au CLSC. L'infirmière offre de faire la vérification du carnet de santé et de l'histoire vaccinale.

Eduardo a reçu tous les vaccins requis pour un enfant de 18 mois vivant au Mexique. Comme il ne fréquentait pas de service de garde dans son pays, il n'a pas été vacciné contre la varicelle ni contre l'hépatite A. Il a toutefois été vacciné contre la tuberculose, un vaccin qui n'est plus au calendrier vaccinal du Québec depuis 1976. L'infirmière remarque aussi la différence dans l'âge d'administration du vaccin contre l'hépatite B et celui contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

L'infirmière prépare un calendrier de rattrapage en se référant au « Calendrier régulier de vaccination » et au tableau des « Critères pour considérer comme adéquatement vaccinés les enfants âgés de 1 à 3 ans » du PIQ (**Tableau 3**). L'enfant nécessite deux vaccins dès aujourd'hui : le vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C, administré par la voie intramusculaire (IM), et le vaccin RRO-Var, administré par la voie sous cutanée (SC). Le père d'Eduardo s'inquiète du fait que son enfant recevra deux injections le même jour. L'infirmière lui explique que c'est une pratique sécuritaire : elle administre en premier le vaccin moins douloureux; elle fera une injection IM dans un bras puis une injection SC dans l'autre bras. Elle indique au père comment bien positionner son enfant et le rassurer lors de la vaccination (MSSS, 2018j).

Les calendriers du Québec et du Mexique sont semblables (**Tableau 2**). Ils protègent contre les mêmes maladies à l'exception de la tuberculose (vaccin administré au Mexique seulement) et du méningocoque du groupe C (vaccin administré au Québec seulement). L'âge d'administration ainsi que l'indication de certains vaccins peuvent différer également.

Pour déterminer le calendrier de rattrapage d'un enfant, il faut considérer, en plus des vaccins reçus, le nombre de doses reçues et l'intervalle minimal entre chaque dose selon les indications du PIQ (MSSS, 2019n). On établira un calendrier qui permet un rattrapage rapide avec le moins de visites possible.

Encadré 1

ÉVALUATION D'UN CARNET ÉTRANGER

En général, les preuves seront acceptées telles quelles si elles comportent le nom de la personne, sa date de naissance, le nom de chaque vaccin et les dates d'administration. Précisons que ces renseignements devront être compatibles avec le calendrier du pays d'origine logé sur le site Web de l'OMS (OMS, 2018b).

Si le vaccinateur juge ces preuves valides, il fera la mise à jour de la vaccination en fonction des critères permettant de considérer les personnes comme adéquatement vaccinées. S'il ne les juge pas valides, il amorcera la vaccination à l'aide du calendrier de vaccination selon l'âge de la personne à la première visite (MSSS, 2019n).

Source : MSSS, 2018i.

Tableau 2

TABLEAU COMPARATIF DES CALENDRIERS RÉGULIERS DE VACCINATION POUR LES ENFANTS DE 18 MOIS AU QUÉBEC ET AU MEXIQUE

ANTIGÈNE	ÂGE D'ADMINISTRATION AU QUÉBEC	ÂGE D'ADMINISTRATION AU MEXIQUE
BCG (tuberculose)	–	Naissance
Diptérie	2, 4 et 12 mois	2, 4, 6 et 18 mois
Coqueluche	2, 4 et 12 mois	2, 4, 6 et 18 mois
Tétanos	2, 4 et 12 mois	2, 4, 6 et 18 mois
Hæmophilus influenzae	2, 4 et 12 mois	2, 4, 6 et 18 mois
Méningocoque sérogroupe C	18 mois	–
Rotavirus	2 et 4 mois	2, 4 et 6 mois
Rougeole	12 et 18 mois	12 mois et 6 ans
Rubéole	12 et 18 mois	12 mois et 6 ans
Oreillons	12 et 18 mois	12 mois et 6 ans
Varicelle	12 et 18 mois	12 mois*
Polio inactivé	2, 4 et 12 mois	2, 4, 6 et 18 mois
Hépatite B	2, 4 et 18 mois	Naissance, 2 et 6 mois
Pneumocoque conjugué	2, 4 et 12 mois	2, 4 et 12 mois
Hépatite A	18 mois	12 mois*

* Enfants en service de garde

Source : tableau créé par les auteures à partir d'informations recueillies dans le PIQ et sur le site de l'OMS.

Tableau 3
CALENDRIER DE RATTRAPAGE DE LA VACCINATION POUR EDUARDO

VACCIN	ÂGE D'ADMINISTRATION POUR RATTRAPAGE
• Méningocoque de sérogroupe C : jamais reçu	• Immédiat
• Rougeole, rubéole, oreillons, varicelle (RRO-Var) : dose prévue à 18 mois, non reçue	• Immédiat avec le vaccin RRO-Var
• Varicelle (Var) : jamais reçu	• Prévoir la deuxième dose contre la varicelle seulement, à l'âge de 4 à 6 ans
• Hépatite A : jamais reçu	• Sera administré lors du programme de vaccination scolaire en quatrième année du primaire

Source : tableau créé par les auteures à partir d'informations recueillies dans le PIQ et sur le site de l'OMS.

Comme dans toutes les situations d'immunisation, les informations sur les vaccins administrés doivent être inscrites au carnet de vaccination existant de l'enfant ou transcrites dans un nouveau carnet de vaccination, et les données de vaccination de l'enfant doivent être saisies dans le Registre de vaccination du Québec.

Afin de mettre en place les interventions qui s'inscrivent dans le Programme national de santé publique du Québec, l'infirmière peut administrer de façon autonome tous les produits immunisants contenus dans le PIQ, si elle a la compétence et l'habileté requises pour le faire et si elle détient les informations les plus à jour concernant l'immunisation.


REGISTRE VACCINAL : COMMENT S'EN SERVIR

La création du Registre de vaccination du Québec a été introduite dans la *Loi sur la santé publique* en 2012 (Légis Québec, 2019). D'abord mis en œuvre en CLSC, son déploiement se poursuit dans les autres milieux – publics et privés – où l'on procède à la vaccination (CHSLD, hôpitaux, cliniques médicales, pharmacies, etc.). À terme, ce fichier informatisé provincial regroupera l'information sur les vaccins reçus par tout individu au Québec (Gouvernement

du Québec, 2019). L'intervenant autorisé à accéder au registre (infirmière, infirmière auxiliaire, médecin et sage-femme) devra y inscrire tout vaccin qu'il a administré ou qui a été porté à son attention, qu'il ait été administré au Québec ou à l'extérieur du Québec. En consultant l'historique vaccinal, l'intervenant évitera ainsi d'administrer des doses de vaccin non nécessaires. En outre, le Registre crée un calendrier prévisionnel individualisé pour chaque personne vaccinée, permettant à l'intervenant de planifier la poursuite de la vaccination.

Le Registre remplace certains registres locaux ou régionaux de vaccination. Toutefois, l'acte vaccinal doit continuer à être consigné au dossier de la personne vaccinée. En cas d'écllosion de maladies évitables par la vaccination, le Registre permet aussi aux autorités de santé publique d'accéder aux données de vaccination d'un groupe. Enfin, il permet de communiquer rapidement avec les personnes vaccinées lors du rappel d'un lot de vaccin (Gouvernement du Québec, 2019).

Tout vaccin doit être consigné au Registre, la personne vaccinée ne peut refuser cette inscription. Ajoutons que toute personne vaccinée peut recevoir une copie des informations détenues à son sujet au Registre de vaccination, tout comme elle peut refuser de recevoir des communications au sujet de sa vaccination de la part de son CISSS ou de son CIUSSS (Gouvernement du Québec, 2018).




Vivre ses passions

Le CRSSS de la Baie-James recherche des infirmières et des infirmiers dans ses installations de Chibougamau, Lebel-sur-Quévillon, Matagamí et Radisson !

- EXIGENCES**
- DEC ou BAC en Sciences infirmières ou par cumul de certificats;
- Avoir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
- DES AVANTAGES QUI SE DÉMARQUENT!**
- Postes à temps complet ou à temps partiel (selon votre choix);
- Prime annuelle de disparité régionale;
- Possibilité d'une déduction fiscale annuelle;
- Paiement des frais de déménagement;
- Possibilité d'obtenir un congé sans solde pour œuvrer dans un établissement nordique.

Pour plus d'information, visitez notre site web : www.vivresepassions.ca sous l'onglet « Carrières »
Postuler par courriel au rh.crsssbj@ssss.gouv.qc.ca



Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James

Crédit photo ©Jérémie LeBlond-Fontaine



COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*

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

Cadre réglementaire

- *Loi sur les infirmières et les infirmiers* (RLRQ, chapitre I-8), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (RLRQ, chapitre 33), art. 12.
- *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3^e éd. 2016.

Balises déontologiques

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

« Pour nous, le **Congrès de l'OIIQ** est un moment de ressourcement. Depuis près de six ans, c'est une occasion privilégiée de retrouvailles avec le réseau et les collègues qui partagent notre passion pour l'évolution de la profession infirmière. Nous ressortons gonflées à bloc! »

25 ET 26 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2019

oiiq.org/congres-2019

Nancy Sage, inf., infirmière clinicienne en GMF, et Mélissa Paradis-Lapointe, inf., infirmière clinicienne, gestionnaire en soutien à domicile, CISSS Montérégie-Centre

FORMATION EN IMMUNISATION EN VUE DE MAINTENIR À JOUR SES CONNAISSANCES

Pour pouvoir vacciner, l'infirmière doit avoir les compétences requises. Une formation en ligne sur l'initiation à l'immunisation a été développée par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Faculté de médecine de l'Université Laval (Université Laval, 2019; INSPQ, 2019). L'infirmière qui est appelée à vacciner dans le cadre de son travail sera généralement formée à la demande de son employeur, mais elle peut également suivre cette formation de sa propre initiative. Il faut préciser toutefois que l'infirmière formée ne peut pas d'emblée procéder à la vaccination dans son milieu de soins sans l'aval de son employeur ou de la DSP de sa région.

Une infirmière formée en immunisation qui veut maintenir à jour ses connaissances pourra trouver plusieurs documents pertinents sur le site du MSSS, dans la section « Professionnels » (MSSS, 2019o), ou sur le site de l'OIIQ (OIIQ, 2019).

CONCLUSION

Par sa contribution à la vaccination du jeune enfant, l'infirmière joue un rôle de premier plan dans la mise en application des programmes de santé publique. Elle doit posséder l'habilitation à administrer les produits immunisants et en connaître les modalités d'application. La formation continue en immunisation et l'application du PIQ lui permettent d'assurer une prestation de soins sécuritaires. Régulièrement mis à jour, le PIQ demeure son outil de référence en immunisation. Pour cette raison, l'infirmière devrait toujours consulter le document en ligne en temps réel. ●

LES AUTEURES

GENEVIÈVE BOILY
B. Sc. inf., M. Sc.

Conseillère scientifique de l'Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang (Direction des risques biologiques et de la santé au travail) de l'Institut national de santé publique du Québec et coordonnatrice des Programmes nationaux de formation sur les ITSS et sur les stratégies d'intervention auprès des populations vulnérables.

JULIE DWYER
M. Sc. (A)

Conseillère en soins infirmiers au secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses à la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient la D^e Michèle Tremblay, médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, pour ses précieux commentaires.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

23 ET 24 NOVEMBRE RENDEZ-VOUS FORMATION OIIQ 2019 LE NOUVEAU PRÉCONGRÈS

Ne manquez pas notre week-end annuel de formation continue, qui vous propose **PLUS DE 40 FORMATIONS** d'une journée, toutes développées spécifiquement pour la pratique infirmière.

23 et 24 novembre
Palais des congrès de Montréal

Découvrez le programme et
inscrivez-vous sur oiiq.org/rdv2019

RÉFÉRENCES

- Association francophone de diffusion de l'entretien motivationnel (AFDEM). (2017). «L'entretien motivationnel». Repéré à <https://www.afdem.org/entretienmotivationnel/>
- Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CRCHUS). (2018). «L'entretien motivationnel pour favoriser la vaccination en petite enfance». YouTube. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=t7yMy5ehQfE>
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2019). «Appel à la vigilance – Rougeole: Deux cas secondaires à Montréal». Repéré à <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/sujets-de-a-a-z/appels-a-la-vigilance/appels-a-la-vigilance/>
- Eggertson, Laura. (2010). «Lancet retracts 12-years-old article linking autism to MMR vaccines». Canadian Medical Association Journal, 182(4), E199-E200.
- Fortier, Dominique. (2017). «Entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants». Perspective infirmière, 14(5), 15.
- Gouvernement du Québec. (2018). «Registre de vaccination du Québec – Procédure pour obtenir copie des renseignements vous concernant». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/registre-de-vaccination-du-quebec/procedure-pour-obtenir-copie-des-renseignements-vous-concernant/>
- Gouvernement du Québec. (2019). «Programmes et mesures d'aide – Registre de vaccination du Québec». Québec: Portail santé mieux-être. Repéré à <http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/registre-de-vaccination-du-quebec/>
- Hviid, A., Hansen, J. V., Frisch, M. et Melbye, M. (2019). «Measles, mumps, rubella vaccination and autism: A nationwide cohort study». Annals of Internal Medicine, 170(8), 513-520.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2005). «L'infirmière et la vaccination: constats et recommandations». Québec: INSPQ – Comité sur l'immunisation du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/480-InfirmerieEtVaccination.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2012). «Avis du Comité sur l'immunisation du Québec sur la pertinence d'un programme public de vaccination des nourrissons contre l'hépatite B avec le vaccin Hexavalent DcAT-VPI-Hib-VHB». Québec: INSPQ – Comité sur l'immunisation du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1567>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). «Optimisation du calendrier de vaccination des jeunes enfants». Québec: INSPQ – Comité sur l'immunisation du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2467>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). «E-formation de base en immunisation». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/e-formation-de-base-en-immunisation>
- «Loi sur la santé publique», c. S-2.2.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). «Fiche technique pour la gestion des cas et des contacts – La rougeole». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000061/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018a). «Survol du PIQ 2018». YouTube. Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=p8QN9VAf2k>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018b). «Protocole d'immunisation du Québec – Responsabilités professionnelles et légales – Habilitation à administrer des produits immunisants». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-responsabilites-professionnelles-et-legales/habilitation-a-administrer-des-produits-immunisants/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018c). «Protocole d'immunisation du Québec – Administration des produits immunisants – Préparation des produits immunisants». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/preparation-des-produits-immunisants/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018d). «Protocole d'immunisation du Québec – Administration des produits immunisants – Administrations». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/administration/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018e). «Protocole d'immunisation du Québec – Administration des produits immunisants – Préparation avant la vaccination». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/preparation-avant-la-vaccination/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018f). «Protocole d'immunisation du Québec – Manifestations cliniques». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-manifestations-cliniques-apres-la-vaccination/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018g). «Protocole d'immunisation du Québec – Communication – Communication efficace en vaccination». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-communication/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018h). «Programme d'entretien motivationnel en maternité pour l'immunisation des enfants (EMMIE)». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/programme-d-entretien-motivationnel-en-maternite-pour-l-immunisation-des-enfants-emmie/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018i). «Protocole d'immunisation du Québec – Calendriers de vaccination – Personnes nouvellement arrivées au Québec». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-calendriers-de-vaccination/personnes-nouvellement-arrivees-au-quebec/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018j). «Protocole d'immunisation du Québec – Administration des produits immunisants – Positionnement de l'enfant». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/positionnement-de-l-enfant/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). «Protocole d'immunisation du Québec – Vaccin contre la poliomyélite [Feuille d'information]». Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/feuillets_2019/F10_poliomyelite.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019b). «Protocole d'immunisation du Québec – RRO – Vaccin combiné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons [Feuille d'information]». Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/feuillets_2019/F23_rro.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019c). «Protocole d'immunisation du Québec – Vaccins – DcAT-HB-VPI-Hib, DcAT-VPI-Hib et DcAT-VPI». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/dcat-hb-vpi-hib-dcat-vpi-hib-et-dcat-vpi-vaccins-contre-la-diphtherie-la-coqueluche-le-tetanos-l-hepatite-b-la-poliomyelite-et-haemophilus-influenzae-de-type-b/#reponse>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019d). «Protocole d'immunisation du Québec – Vaccins – RRO: vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/rrv-vaccin-contre-la-rougeole-la-rubeole-et-les-oreillons/#reponse>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019e). «Protocole d'immunisation du Québec – Impacts des programmes de vaccination – Programme québécois d'immunisation». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-impacts-des-programmes-de-vaccination/programme-quebecois-d-immunisation/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019f). «Protocole d'immunisation du Québec – Impacts des programmes de vaccination – Données de couverture vaccinale au Québec». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-impacts-des-programmes-de-vaccination/donnees-de-couverture-vaccinale-au-quebec/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019g). «Protocole d'immunisation du Québec – Impacts des programmes de vaccination – Impacts de certains programmes de vaccination au Québec». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-impacts-des-programmes-de-vaccination/impact-de-certains-programmes-de-vaccination-au-quebec>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019h). «Protocole d'immunisation du Québec – Vaccins – Men-B: vaccin contre le méningocoque de sérotype B». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/men-b-vaccin-contre-le-meningocoque-de-serogroupe-b/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019i). «Protocole d'immunisation du Québec – Description des maladies évitables par la vaccination – Gastroentérite à rotavirus». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-description-des-maladies-evitables-par-la-vaccination/gastroenterte-a-rotavirus/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019j). «Nouveautés du programme québécois d'immunisation». Québec: MSSS – Direction générale de la santé publique. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/vaccination-outils-formation/piq/nouveautes-avril-2019.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019k). «Protocole d'immunisation du Québec – Calendriers de vaccination – Calendrier régulier de vaccination». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-calendriers-de-vaccination/calendrier-regulier-de-vaccination/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019l). «Protocole d'immunisation du Québec – Administration des produits immunisants – Techniques d'administration». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/techniques-d-administration/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019m). «Protocole d'immunisation du Québec – Programmes et noms commerciaux des vaccins». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-programmes-et-noms-commerciaux-des-vaccins>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019n). «Protocole d'immunisation du Québec – Calendriers de vaccination – Vaccination des enfants âgés de 1 à 3 ans». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-calendriers-de-vaccination/vaccination-des-enfants-ages-de-1-a-3-ans/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019o). «Vaccination – Outils et formation». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/vaccination-outils-formation/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019p). «Protocole d'immunisation du Québec – Calendriers de vaccination – Intervalles minimaux entre les doses d'un vaccin». Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-calendriers-de-vaccination/intervalles-minimaux-entre-les-doses-d-un-vaccin/>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). «Protéger la population par la vaccination: une contribution essentielle de l'infirmière – Prise de position». Repéré à https://www.oiiq.org/uploads/publications/prises_de_position/vaccination.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016a). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3^e éd.-PDF). Montréal, QC: OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016b). «Chronique déontologique – Vaccination: Pour une prise de décision éclairée de la clientèle». Repéré à <https://www.oiiq.org/vaccination-pour-une-prise-de-decision-eclairée-de-la-clientele>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Actualité – Nouvelle version du PIQ maintenant disponible». Repéré à <https://www.oiiq.org/nouvelle-version-du-piq-maintenant-disponible>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2019). «Formation continue». Repéré à <https://www.oiiq.org/formation/aperçu>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018a). «Poliomyélite». Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018b). «Rougeole». Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/measles>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018c). «Les cas de rougeole augmentent au niveau mondial en raison d'une couverture vaccinale insuffisante». Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/detail/29-11-2018-measles-cases-spike-globally-due-to-gaps-in-vaccination-coverage>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018d). «WHO vaccine-preventable diseases: Monitoring system. 2018 global summary». Repéré à http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=MEX
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2019a). «Situations d'urgence sanitaire – Dix ennemis que l'OMS devra affronter cette année». Repéré à <https://www.who.int/fr/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2019b). «Recommandations de l'OMS pour la vaccination systématique – tableaux récapitulatifs». Repéré à http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/fr
- Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). (2017). «Measles elimination in the Americas». Repéré à https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-fr-9252&alias=41213-csp29-8-f-213&Itemid=270&lang=en
- Taylor, L. E., Swerdfeger, A. L. et Eslick, G. D. (2014). «Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies». Vaccine, 32(29), 3623-3629.
- Université Laval. (2019). «Développement professionnel continu». Repéré à <https://extranet.fmed.ulaval.ca/FormationContinue/CalendrierFormations.asp#>



© Shutterstock / Africa Studio

CHIRURGIE CARDIAQUE

Remplacement de la valve aortique chez le jeune adulte : la procédure de Ross

La procédure de Ross est indiquée pour les patients souffrant de pathologies valvulaires aortiques, d'une endocardite de la valve aortique, d'une maladie valvulaire rhumatismale, d'une sténose aortique congénitale sévère, ou chez qui une dégénérescence de la bioprothèse ou de la prothèse mécanique a été observée.

Les chirurgies pour remplacer la valve aortique ont considérablement évolué depuis l'implantation de la première prothèse par Hufnagel et Harvey en 1952. Le choix de la prothèse implantée repose sur une décision partagée entre le chirurgien et le patient, à la lumière des données cliniques et de son mode de vie. Effectuée chez l'enfant et le jeune adulte atteints de maladie valvulaire aortique, la procédure de Ross confère le plus souvent une espérance de vie équivalente à celle de la population générale et permet, entre autres, d'améliorer la qualité de vie des patients. Pour ces raisons, en l'absence de contre-indication, il est impératif de considérer cette approche.

par MICHAËL TOUSCH, inf., B. Sc., étudiant M. Sc., IPSSA, MARIE HÉLÈNE GIASSON, inf., M. Sc., IPSSA
RÉVISION SCIENTIFIQUE : ISMAIL EL-HAMAMSY, M.D., Ph. D.

Le remplacement de la valve aortique repose sur quatre options principales: la valve mécanique (alliage de titane), la valve biologique (péricarde animal), l'homogreffe aortique (valve aortique cadavérique) et l'autogreffe pulmonaire, ou procédure de Ross.

Chaque option a ses avantages et ses inconvénients (Tableau 1). Ainsi, la valve mécanique, plus durable, comporte un risque thrombotique plus élevé (Goldstone et al., 2017). En outre, une anticoagulothérapie à la warfarine s'impose à vie, avec les risques de saignement associés (Bouhout et al., 2014). L'anticoagulothérapie est une contrainte importante, surtout chez les jeunes patients pratiquant un sport de haut niveau ou la jeune femme en âge de procréer (D'Souza et al., 2017). Quant à la valve biologique et l'homogreffe aortique, elles peuvent se détériorer plus vite chez les jeunes patients, les exposant à la possibilité de devoir être réopérés précocement. Les risques associés à une nouvelle chirurgie augmentent la mortalité (Goldstone et al., 2017) et la morbidité de ces patients. Le choix de la prothèse doit être individualisé et s'appuie sur une décision partagée entre le patient et le chirurgien. Celle-ci doit être fondée sur un choix libre et éclairé tenant compte des indications, du style de vie,

du risque de réopération et du besoin d'anticoagulation (Nishimura et al., 2014, 2017).

Cet article s'attarde plus particulièrement à la quatrième option : la procédure de Ross. Cette intervention consiste à remplacer la valve aortique malade du patient par sa propre valve pulmonaire (autogreffe pulmonaire). La valve pulmonaire est, quant à elle, remplacée par une valve pulmonaire humaine cadavérique (homogreffe pulmonaire). Nous y reviendrons plus loin. La procédure de Ross ne nécessitant pas d'anticoagulothérapie, elle est donc envisageable chez le jeune adulte sportif et la jeune femme en âge de procréer.

RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIE DE LA VALVE AORTIQUE

La valve aortique se trouve entre la chambre de chasse du ventricule gauche et la racine aortique (Figures 1 et 2). Son rôle principal est de permettre le passage du sang du ventricule gauche vers l'aorte durant la systole, tout en empêchant le reflux de sang lors de la phase diastolique du cycle cardiaque. Elle est composée de trois feuillets endocardiques en forme de demi-lune (Figure 3).

Tableau 1
AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES DIFFÉRENTS SUBSTITUTS VALVULAIRES AORTIQUES

	AVANTAGES	INCONVÉNIENTS
PROTHÈSE MÉCANIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Durabilité • Reproductibilité chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque thromboembolique • Prise d'anticoagulant à vie • Risque d'altération de la qualité de vie
BIOPROTHÈSE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'anticoagulant • Reproductibilité chirurgicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de réopération
HOMOGREFFE AORTIQUE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'anticoagulant • Faible risque d'endocardite • Faible risque thromboembolique • Excellente performance hémodynamique 	<ul style="list-style-type: none"> • Faible disponibilité des donneurs • Risque de réopération
AUTOGREFFE PULMONAIRE (procédure de Ross)	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'anticoagulant • Excellente performance hémodynamique • Rétablissement d'une espérance de vie <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie • Faible risque thromboembolique <ul style="list-style-type: none"> • Tissu vivant 	<ul style="list-style-type: none"> • Complexité chirurgicale • Risque de réopération • Maladie univalvulaire devenant bivalvulaire

Source : Bouhout et al., 2014; El-Hamamsy et al., 2010; Mazine et al., 2016; Ouzounian et al., 2017.

Indications

La procédure de Ross est indiquée pour les patients souffrant de pathologies valvulaires aortiques, d'une endocardite de la valve aortique, d'une maladie valvulaire rhumatismale, d'une sténose aortique congénitale sévère, ou chez qui une dégénérescence de la bioprothèse ou de la prothèse mécanique a été observée (Cook, Daniels et Allen, 2003). Le patient idéal est l'adulte actif de moins de 50 ans souffrant d'une sténose aortique avec un anneau aortique de petit à normal (≈ de 18 à 25 mm de diamètre) (Ouzounian, Mazine et David, 2017).

À l'heure actuelle, la procédure de Ross constitue l'unique technique chirurgicale permettant de remplacer la valve aortique par un tissu vivant, ce qui confère au patient de très bonnes qualités hémodynamiques (Pibarot, Dumesnil, Briand, Laforest et Cartier, 2000), un faible risque thromboembolique (dû à l'absence de traitement anticoagulant combiné à un faible taux d'infection et de réopération), ainsi qu'une espérance de vie semblable à celle de la population générale (El-Hamamsy et al., 2010). En outre, ce type de chirurgie ne nécessite aucun traitement spécifique à long terme.

DÉFINITIONS

Sténose aortique

La sténose aortique se caractérise par un rétrécissement de l'orifice valvulaire entraînant une diminution du passage du sang du ventricule gauche vers l'aorte en systole. Pour vaincre ce rétrécissement et éjecter son contenu, le ventricule gauche doit générer une plus grande pression. Cette affection représente 25 % des maladies valvulaires chroniques (lung et al., 2003). Chez les jeunes adultes, la calcification d'une valve bicuspide (deux feuillets au lieu de trois), et plus rarement d'une valve unicuspidée (un feuillet au lieu de trois), est le plus souvent à l'origine de la sténose aortique. Chez l'adulte plus âgé, la calcification dégénérative d'une valve tricuspide et la maladie rhumatismale sont les étiologies les plus fréquentes (Laflamme, 2013).

Le diagnostic de sténose aortique repose sur les résultats de l'échographie cardiaque transthoracique. Son degré de sévérité dépend des facteurs suivants :

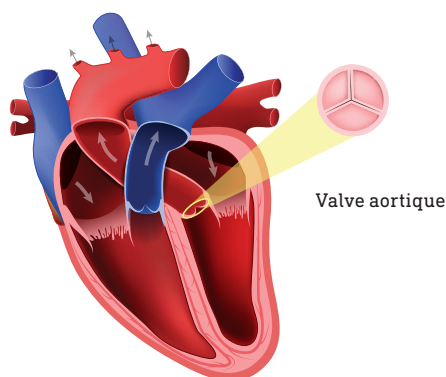
- l'aire valvulaire aortique, entre autres, la surface normale étant de 3 à 4 cm² chez l'adulte;
- le gradient moyen au travers de la valve aortique (le différentiel de pression générée dans le ventricule gauche et celle estimée dans l'aorte ascendante);
- la vélocité maximale (vitesse du flux aortique au travers de la valve) (Foster, 2017).

La sténose aortique peut demeurer longtemps asymptomatique. Les symptômes fonctionnels apparaissent lorsque le cœur ne peut plus fournir un débit sanguin suffisant durant l'effort. La mortalité est estimée à 25 % chaque année chez les patients symptomatiques, puisqu'il existe une corrélation entre espérance de vie et symptomatologie (De Ruyter, 2015). Sans intervention, l'espérance de vie est respectivement de cinq ans pour les patients présentant des symptômes angineux, de trois ans pour les patients présentant des épisodes de syncope et de deux ans pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque (De Ruyter, 2015) (**Figure 5**).

Insuffisance aortique

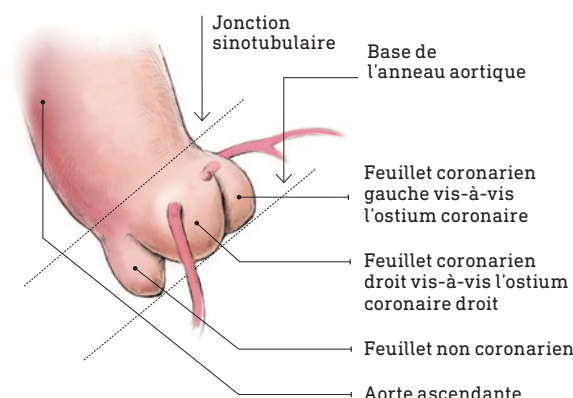
L'insuffisance aortique désigne un défaut d'étanchéité de la valve aortique qui provoque un reflux sanguin de l'aorte vers le ventricule gauche lors de la diastole, causant ainsi une surcharge de volume au niveau du cœur. Elle peut être liée à une maladie de la racine aortique (anévrisme du sinus de Valsalva), à une malformation de la valve (valve aortique bicuspide) ou encore à un processus inflammatoire (maladie rhumatismale) ou infectieux (endocardite). Les patients atteints peuvent rester asymptomatiques pendant des décennies, même en cas de dilatation progressive du ventricule. Les symptômes susceptibles de se développer en cas d'insuffisance sévère comprennent la dyspnée d'effort, l'angine et d'autres symptômes d'insuffisance cardiaque (Gaasch, Otto et Yeon, 2017).

Figure 1
EMPLACEMENT DE LA VALVE AORTIQUE



© Shutterstock / Designua

Figure 2
ANATOMIE DE LA RACINE AORTIQUE



Source : Cheung et Lichtenstein, 2012.

Pour la sténose comme pour l'insuffisance aortique, l'évaluation du patient repose principalement sur l'échographie cardiaque transthoracique, en plus du questionnaire et de l'examen physique. Cette modalité permet l'évaluation de l'anatomie de la valve, en plus de quantifier le degré d'atteinte valvulaire et des autres structures cardiaques (D'Souza et al., 2017).

à la procédure de Ross (El-Hamamsy et al., 2010; Mazine et al., 2016; Ouzounian, Mazine et David, 2017).

En Amérique du Nord, l'Institut de cardiologie de Montréal est le centre effectuant le plus grand nombre de remplacements de la valve aortique par la procédure de Ross. Plus de 400 procédures ont été réalisées depuis 2011, année de création de ce programme chirurgical par les chirurgiens cardiaques Ismail El-Hamamsy et Nancy Poirier. Aujourd'hui, quatre chirurgiens cardiaques pratiquent la procédure de Ross à l'Institut de cardiologie de Montréal et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

La procédure de Ross consiste à remplacer la valve aortique malade du patient par sa propre valve pulmonaire (autogreffe pulmonaire). La valve pulmonaire est, quant à elle, remplacée par une homogreffe pulmonaire, c'est-à-dire une valve pulmonaire cadavérique décellularisée.

PROCÉDURE DE ROSS

La procédure de Ross a été décrite pour la première fois en 1962 par le chirurgien britannique Donald Ross, et réalisée pour la première fois chez l'être humain en 1967 (Ross, 1967). Effectuée sous circulation extra-corporelle, elle consiste à remplacer la valve aortique par la valve pulmonaire native du patient (autogreffe pulmonaire). La valve pulmonaire est, quant à elle, remplacée par une homogreffe pulmonaire, c'est-à-dire une valve pulmonaire cadavérique décellularisée (par un protocole visant à éliminer toutes les cellules du donneur) et cryopréservée (conservation à très basse température dans l'azote liquide) (Figure 4). Aucun traitement antirejet n'est donc requis après l'implantation de l'homogreffe pulmonaire. Une annuloplastie aortique (anneau prothétique en Dacron^{MD}) est pratiquée en cas d'insuffisance aortique, afin de prévenir la dilatation future de l'anneau aortique natif.

À ses débuts, la procédure de Ross a fait l'objet de controverses en raison, d'une part, de sa complexité et, d'autre part, du passage de cette pathologie d'état univalvulaire à bivalvulaire. Autrement dit, la valve pulmonaire étant prélevée et implantée en position aortique, il devient nécessaire d'en implanter une nouvelle. Ainsi, le patient qui présentait initialement une maladie valvulaire aortique devient porteur d'une autogreffe en position aortique et d'une homogreffe en position pulmonaire. Il existe des risques de réintervention à la fois sur l'autogreffe et l'homogreffe. Ceux-ci augmentent chaque année après l'intervention initiale (Klieverik et al., 2007). Dans une étude de cohorte prospective, l'absence de toute réintervention chirurgicale ou percutanée de la valve après l'intervention de Ross était de 87 % à 20 ans (Mazine et al., 2016), offrant sur ce plan des résultats similaires à ceux d'une valve mécanique (Mazine et al., 2016). En outre, de nombreuses études réalisées dans les dernières décennies et ayant obtenu d'excellents résultats à long terme ont donné ses lettres de noblesse

Contre-indications

Les contre-indications à la procédure de Ross sont les suivantes (Bouhout et al., 2014; El-Hamamsy et al., 2010; Mazine et al., 2016; Ouzounian et al., 2017) :

- Anneau aortique large (contre-indication relative);
- Patient âgé de plus de 65 ans. Pour ceux entre 50 et 65 ans, mettre l'accent sur le rapport bénéfices-risques;
- Valve pulmonaire anormale (malformations congénitales, fenestrations importantes [orifice sur les feuillets], régurgitation pulmonaire);
- Maladie génétique du tissu conjonctif (p. ex. : syndrome de Marfan, syndrome de Loey-Dietz);
- Certaines maladies auto-immunes.

SUIVI DES PATIENTS

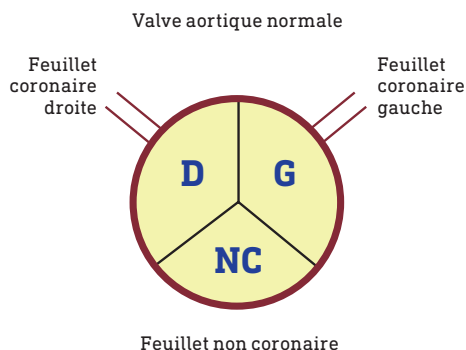
Les patients ayant subi une procédure de Ross nécessitent un suivi périodique à long terme, basé notamment sur des examens cliniques et des échographies transthoraciques afin d'évaluer les propriétés de l'autogreffe et de l'homogreffe pulmonaire (Mazine, El-Hamamsy et Ouzounian, 2017).

À la sortie de l'hôpital, en plus de l'enseignement postopératoire habituel portant sur les mesures hygiéno-diététiques et les conseils d'usage, un enseignement plus spécifique est prodigué après la chirurgie aortique complexe. Il repose principalement sur les trois aspects suivants :

1. Contrôle de la pression artérielle

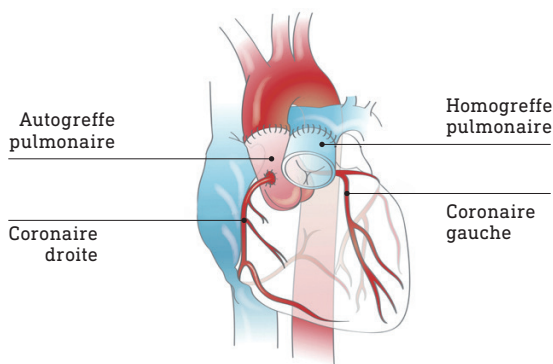
Élément clé du suivi des patients, il vise une pression artérielle systolique inférieure à 115 mmHg au cours de l'année après la chirurgie, afin de prévenir le risque de dilatation de la racine aortique qui passe d'une pression pulmonaire basse à une pression

Figure 3
MORPHOLOGIE DE LA VALVE AORTIQUE



Source : Pezard, 2009. (Reproduction autorisée).

Figure 4
PROCÉDURE DE ROSS



Source : Clinique de chirurgie aortique de l'Institut de cardiologie de Montréal, 2017.

systémique plus élevée (Mazine et al., 2017). Un contrôle strict de la pression artérielle permet ainsi à l'autogreffe pulmonaire de s'adapter à son nouvel environnement hémodynamique.

En général, la médication du patient à son congé comprend un bêtabloquant associé à un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) au besoin. Selon certaines études, la prise d'ARA favoriserait une diminution du remodelage tissulaire aortique (Côté, Couture, Pibarot, Després et Mathieu, 2011), ainsi que du risque de fibrose des valves (Côté et al., 2014).

Selon le niveau de compréhension des patients, le suivi de la pression artérielle peut s'effectuer par télémedecine en utilisant des applications mobiles. Il est recommandé au patient, dès son retour à domicile, de mesurer sa pression artérielle deux fois par jour jusqu'à stabilisation, puis de manière régulière pendant la première année suivant la chirurgie selon les variations observées (une fois par jour à une fois par semaine). Il faut savoir que le patient quitte l'hôpital alors que sa pression artérielle est stabilisée, mais un ajustement de la posologie des antihypertenseurs est souvent nécessaire à la reprise des activités, et ce, pendant une période plus ou moins longue jusqu'à l'atteinte d'une phase de plateau. Une étude préliminaire démontre que 53 % des patients nécessitent en moyenne 1,83 changement de prescriptions d'antihypertenseurs

avant d'atteindre une phase de plateau (pression artérielle systolique \approx 111 mmHg) à 4,26 semaines (Clinique de chirurgie aortique de l'Institut de cardiologie de Montréal, 2018).

2. Médication d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (naproxène, 250 mg par voie orale, 2 fois par jour pendant 6 mois) favorisant la cicatrisation de l'homogreffe pulmonaire.

3. Prévention de l'endocardite bactérienne pour toute procédure dentaire invasive. Une mise à jour des recommandations réalisée en 2017 spécifie l'inutilité d'administrer une antibioprofylaxie pour les procédures génito-urinaires et gastro-intestinales (Wilson et al., 2007). Celle-ci demeure à la discrétion du praticien traitant.

RÔLE INFIRMIER

Au sein de la clinique de chirurgie aortique, l'infirmière agit en tant que :

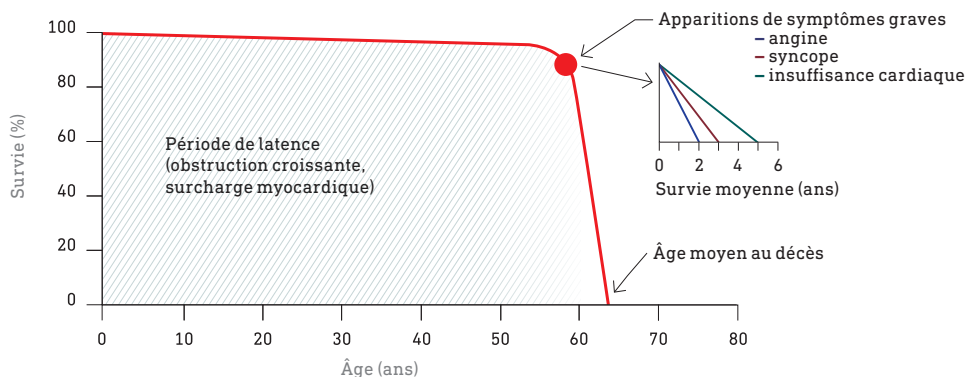
- **Clinicienne** – elle effectue des évaluations approfondies du patient, en créant des plans de soins en collaboration avec l'équipe médico-chirurgicale, estime les risques et les complications, offre des interventions thérapeutiques directes, planifie et coordonne les activités tout au long du continuum de soins, et exerce une surveillance clinique des résultats.
- **Praticienne** – en collaboration avec le médecin partenaire, elle réalise le suivi du patient dès la période

ÉTUDIER EN
SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UDES
DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT

USherbrooke.ca/carriere-infirmiere

 Faculté de médecine
et des sciences de la santé

Figure 5
COURBE DE SURVIE DES PATIENTS PRÉSENTANT
UNE STÉNOSE AORTIQUE SÉVÈRE



Source : De Ruyter, 2015.

post-opératoire en intrahospitalier, puis assure les visites de suivi périodique en clinique externe. En tant que facilitatrice d'accès aux soins, elle procède à l'évaluation clinique avancée et met en place des plans de soins dans une perspective holistique.

- **Consultante** – elle a recours à son savoir-faire en expertise clinique afin d'appuyer les intervenants en santé de l'hôpital et des centres référents.
- **Enseignante** – elle favorise la promotion de la santé, l'éducation des patients et la formation des pairs dans son champ d'expertise.
- **Soutien à la recherche clinique** – elle gère les bases de données prospectives et procède à des analyses statistiques des données.

Élément clé du suivi des patients, le contrôle de la pression artérielle vise une pression artérielle systolique inférieure à 115 mmHg au cours de l'année après la chirurgie, afin de prévenir le risque de dilatation de la racine aortique.

La prise en charge globale du patient et de son entourage par un unique interlocuteur infirmier permet d'établir une relation thérapeutique favorisant l'adhésion du patient à son plan de soins et une bonne observance thérapeutique. Cela contribue à prévenir les complications à court, moyen ou long terme.

L'approche hospitalière et extrahospitalière à long terme mise en œuvre auprès des patients comprend des prestations de soins en clinique externe ainsi qu'au moyen de la télémédecine. Les services de santé à distance orientent les patients vers les ressources adaptées à leurs besoins en limitant les visites à l'urgence et les réadmissions hospitalières. Le patient devient un véritable acteur de son parcours de santé (patient-partenaire) et manifeste, par ailleurs, une satisfaction certaine à l'égard des soins, de l'hôpital et du système de santé.

CONCLUSION

Depuis les années 1950, les pratiques chirurgicales en remplacement valvulaire aortique ont fait des pas de géant. En plus des techniques standards, il existe aujourd'hui des procédures plus adaptées aux adultes de moins de 50 ans. La procédure de Ross apporte de nombreux bénéfices à la qualité de vie, tout en diminuant les risques associés (thromboembolie, infection, réintervention). En raison de leur âge relativement jeune, du type de chirurgie subie et des demandes propres à une telle cohorte (activités sportives et sexuelles, désir de grossesse et autres), ces patients nécessitent un suivi périodique tout au long de leur vie. Celui-ci repose sur l'infirmière, véritable pivot du continuum de soins des cliniques spécialisées. ●

Joins-toi à notre équipe!
Placements à court et à long terme

Servirplus
Mon choix pour la vie.

- Salaires concurrentiels
- Horaire selon tes disponibilités
- Équipe dynamique
- Avantages sociaux et REER collectif

rh@servirplus.qc.ca
Tél.: 1-800-264-1888 p. 234
Fax: 1-877-339-7225

LES AUTEURS

MICHAËL TOUSCH,
Inf., B. Sc., étudiant M. Sc., IPSSA

MARIE HÉLÈNE GIASSON,
Inf., M. Sc., IPSSA

Révision scientifique
ISMAIL EL-HAMAMSY
M.D., Ph. D.

Infirmier à la Clinique de chirurgie aortique de l'Institut de cardiologie de Montréal. Étudiant à la maîtrise en sciences infirmières, option pratique infirmière avancée en soins aux adultes, à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes en chirurgie cardiaque à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Chirurgien cardiaque à l'Institut de cardiologie de Montréal et à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Directeur du programme de chirurgie aortique de l'Institut de cardiologie de Montréal.



FORMATION OIIQ EN SOINS CRITIQUES ET D'URGENCE

- ABC des arythmies cardiaques
- Lecture rapide de l'ECG
- Ventilation mécanique : évaluation et surveillance clinique de l'infirmière ou de l'infirmier

Pour vous inscrire : oiiq.org/soins-critiques

RÉFÉRENCES

Bouhout, I., Stevens, L.-M., Mazine, A., Poirier, N., Cartier, R., Demers, P. et El-Hamamsy, I. (2014). «Long-term outcomes after elective isolated mechanical aortic valve replacement in young adults». *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 148(4), 1341-1346. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2013.10.064>

Cheung, A. et Lichtenstein, K. M. (2012). «Illustrated techniques for transcatheter aortic valve implantation». *Annals of Cardiothoracic Surgery*, 1(2), 231-239. Repéré à <https://doi.org/10.3978/j.issn.2225-319X.2012.07.12>

Clinique de chirurgie aortique de l'Institut de cardiologie de Montréal. (2018). «Données démographiques du Montreal Ross Registry». [Données de recherches inédites.]

Clinique de chirurgie aortique de l'Institut de cardiologie de Montréal (2017). La procédure de Ross, guide du patient. Repéré à https://www.icm-mhi.org/sites/default/files/docs/Doc_aux_patients/Francais/la_procedure_de_ross_fev_2017.pdf

Cook, S. C., Daniels, C. J. et Allen, H. D. (2003). «Indications for the Ross operations in children and adults». *Progress in Pediatric Cardiology*, 16(2), 133-140. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S1058-9813\(03\)00004-3](https://doi.org/10.1016/S1058-9813(03)00004-3)

Côté, N., Couture, C., Pibarot, P., Després, J.-P. et Mathieu, P. (2011). «Angiotensin receptor blockers are associated with a lower remodelling score of stenotic aortic valves». *European Journal of Clinical Investigation*, 41(11), 1172-1179. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2362.2011.02522.x>

Côté, N., Mahmut, A., Fournier, D., Boulanger, M.-C., Couture, C., Després, J.-P., ... Mathieu, P. (2014). «Angiotensin receptor blockers are associated with reduced fibrosis and interleukin-6 expression in calcific aortic valve disease». *Pathobiology*, 81(1), 15-24. Repéré à <https://doi.org/10.1159/000350896>

De Ruyter, M. L. (2015). «Aortic stenosis». Dans M. J. Murray et al. (dir.), «Faust's Anesthesiology Reviews [EBook] (4^e éd.) (p. 350-352). Philadelphia: Elsevier/Saunders.

D'Souza, R., Ostro, J., Shah, P. S., Silversides, C. K., Malinowski, A., Murphy, K. E., ... Shehata, N. (2017). «Anticoagulation for pregnant women with mechanical heart valves: A systematic review and meta-analysis». *European Heart Journal*, 38(19), 1509-1516. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx032>

El-Hamamsy, I., Eryigit, Z., Stevens, L.-M., Sarang, Z., George, R., Clark, L., ... Yacoub, M. H. (2010). «Long-term outcomes after autograft versus homograft aortic root replacement in adults with aortic valve disease: A randomised controlled trial». *Lancet*, 376(9740), 524-531. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60828-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60828-8)

Foster, E. (2019). Echocardiographic evaluation of the aortic valve. Repéré à https://www.update.com/contents/echocardiographic-evaluation-of-the-aortic-valve?search=aortic%20stenosis&topicRef=8164&source=see_link#H6

Gaasch, W. H., Otto, C. M. et Yeon, S. B. (2017). «Clinical manifestations and diagnosis of chronic aortic regurgitation in adults». UpToDate. Repéré à : https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-chronic-aortic-regurgitation-in-adults?search=Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis%20of%20chronic%20aortic%20regurgitation%20in%20adults&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1

Goldstone, A. B., Chiu, P., Baiocchi, M., Lingala, B., Patrick, W. L., Fischbein, M. P. et Woo, Y. J. (2017). «Mechanical or biologic prostheses for aortic-valve and mitral-valve replacement». *New England Journal of Medicine*, 377(19), 1847-1857. Repéré à <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1613792>

lung, B., Barong, G., Butchart, E. G., Delahaye, F., Gohlke-Bärwolf, C., Levang, O. W., ... Vahanian, A. (2003). «A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease». *European Heart Journal*, 24(13), 1231-1243. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0195-668X\(03\)00201-X](https://doi.org/10.1016/S0195-668X(03)00201-X)

Klieverik, L. M., Takkenberg, J. J., Bekkers, J. A., Roos-Hesselink, J. W., Witsenburg, M. et Bogers, A. J. (2007). «The Ross operation: A Trojan horse?». *European Heart Journal*, 28(16), 1993-2000. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl550>

Lafamme, D. (2013). «Précis de cardiologie Cardiomédik» (1^{re} éd.). Paris: Frison Roche.

Mazine, A., David, T. E., Rao, V., Hickey, E. J., Christie, S., Manliot, C. et Ouzounian, M. (2016). «Long-term outcomes of the Ross procedure versus mechanical aortic valve replacement: Propensity-matched cohort study». *Circulation*, 134(8), 576-585. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.022800>

Mazine, A., El-Hamamsy, I. et Ouzounian, M. (2017). «The Ross procedure in adults: Wich patients, wich disease?». *Current Opinion in Cardiology*, 32(6), 663-671. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000449>

Nishimura, R. A., Otto, C. M., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin 3rd, J. P., Guyton, R. A., ... Thomas, J. D. (2014). «2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines». *Journal of the American College of Cardiology*, 63(22), e57-e185. Repéré à <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000029>

Nishimura, R. A., Otto, C. M., Bonow, R. O., Carabello, B. A., Erwin 3rd, J. P., Fleisher, L. A., ... Thomas, J. D. (2017). «2017 AHA/ACC Focused update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the management of patients with valvular heart disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines». *Journal of the American College of Cardiology*, 70(2), 252-289. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.03.011>

Ouzounian, M., Mazine, A. et David, T. E. (2017). «The Ross procedure is the best operation to treat aortic stenosis in young and middle-aged adults». *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 154(3), 778-782. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2017.03.156>

Pezard. (2009). «Valves aortiques normales» [Image en ligne]. Repéré à https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Valves_aortiques_normales.jpg?uselang=fr

Pibarot, P., Dumesnil, J. G., Briand, M., Laforest, I. et Cartier, P. (2000). «Hemodynamic performance during maximum exercise in adult patients with the Ross operation and comparison with normal controls and patients with aortic bioprostheses». *American Journal of Cardiology*, 86(9), 982-988. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0002-9149\(00\)01134-6](https://doi.org/10.1016/S0002-9149(00)01134-6)

Ross, D. N. (1967). «Replacement of aortic and mitral valves with a pulmonary autograft». *Lancet*, 290(7523), 956-958. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(67\)90794-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(67)90794-5)

Wilson, W., Taubert, K. A., Gewitz, M., Lockhart, P. B., Baddour, L. M., Levison, M., ... Durack, D. T. (2007). «Prevention of infective endocarditis—Guidelines from the American Heart Association: A guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group». *Circulation*, 116(15), 1736-1754. Repéré à <https://doi.org/10.1161/circulationaha.106.183095>

Pour une expérience de recrutement différente!

**AUTOMNE 2019 :
RÉOUVERTURE
DE LA BOÛTIQUE
ÉPHÉMÈRE DU
CISSMC !**

Pour en savoir plus :
NOUSRECRUTONS.CA

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



© Shutterstock / Yakobchuk Vacheslav

PÉRINATALITÉ

Promouvoir l'activité physique prénatale

La grossesse est une période remplie de changements physiques et émotionnels, au cours de laquelle la femme enceinte se questionne sur ses habitudes de vie afin de s'assurer de sa santé et de celle de son bébé. Elle a le désir de le protéger en se reposant et en évitant toute situation à risque de préjudice. L'infirmière œuvrant en périnatalité accompagne les femmes enceintes pour les aider à vivre une grossesse saine dans la sérénité, en accord avec leur désir. Cet article présente les nombreux bienfaits d'une pratique régulière d'activité physique pour les femmes enceintes et les recommandations à leur transmettre. Il vise aussi à outiller les infirmières afin de les soutenir dans un mode de vie actif.

par **CAROLINE LEMAY, inf., M. Sc., AUDREY ST-LAURENT, B. Sc., MARIE-MICHELLE MONY, B. Sc., et STÉPHANIE-MAY RUCHAT, Ph. D.**

L'infirmière intervient autant en prévention qu'en promotion de la santé de la femme enceinte. En effet, les activités professionnelles de l'infirmière en périnatalité relèvent en premier lieu de la promotion de la santé et du bien-être des familles (OIIQ, 2015). La période périnatale est un moment clé où les parents sont souvent réceptifs, puisqu'ils veulent évidemment une grossesse et un enfant en santé (OIIQ, 2015). En raison de son activité réservée consistant à « contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal », l'infirmière est donc appelée à répondre aux divers questionnements des femmes et à leur prodiguer de nombreux conseils portant notamment sur l'alimentation, le sommeil, la médication et la sécurité. Compte tenu des bienfaits reconnus de la pratique régulière de l'activité physique pendant la grossesse pour la santé de la mère, mais aussi pour celle de l'enfant à naître (Mottola et al., 2018), l'importance d'adopter ou de maintenir un mode de vie actif durant la grossesse devrait faire partie des messages de promotion de la santé de l'infirmière. Il est à noter qu'avoir un mode de vie actif et pratiquer de l'activité physique durant la grossesse figurent parmi les cibles prioritaires de la Politique de périnatalité 2008-2018 du ministère de la Santé et des Services sociaux (2008).

QU'ENTEND-ON PAR ACTIVITÉ PHYSIQUE?

Une activité physique se définit comme « tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui entraîne une augmentation de la dépense énergétique et qui augmente la fréquence cardiaque et le rythme respiratoire » (Caspersen, Powell et Christenson, 1985). L'activité physique peut être réalisée dans différentes conditions. Il peut s'agir :

- d'activités domestiques : passer l'aspirateur, faire du ménage;
- d'activités professionnelles : facteur, commis d'entrepôt, préposée aux bénéficiaires;
- d'activités de loisir : sports, conditionnement physique, danse, jardinage;
- d'activités de déplacement : marcher, monter des escaliers.

Les activités physiques peuvent être :

- de faible intensité : elles n'entraînent pas d'essoufflement;
- d'intensité modérée : elles entraînent une augmentation perceptible de la fréquence cardiaque. Lors d'une activité de cette intensité, une personne devrait pouvoir parler, mais pas chanter;

Encadré 1

BIENFAITS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE DURANT LA GROSSESSE**SUR LA SANTÉ DE LA MÈRE**

- Prévention du gain de poids excessif, du diabète gestationnel et des troubles hypertensifs de la grossesse (Davenport, Ruchat, Poitras et al., 2018f)
- Diminution du risque de dépression prénatale et de la sévérité des symptômes dépressifs (Davenport, McCurdy et al., 2018c)
- Diminution de la sévérité des douleurs lombo-pelviennes (Davenport, Marchand et al., 2018b)
- Diminution du risque d'incontinence urinaire et de la sévérité des symptômes d'incontinence urinaire (Davenport, Nagpal et al., 2018e)

SUR LE DÉROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

- Diminution du risque d'accouchement par instrumentation (Davenport, Ruchat, Sobierajski et al., 2018g)

SUR LA SANTÉ DU BÉBÉ

- Prévention du risque de bébé de poids élevé à la naissance (Davenport, Meah et al., 2018d)

- d'intensité élevée : elles entraînent une augmentation très importante de la fréquence cardiaque. Lors d'une activité de cette intensité, une personne ne peut dire plus de quelques mots sans devoir prendre une pause pour respirer.

QUE DISENT LES STATISTIQUES?

Plus de 65 % des femmes enceintes sont insuffisamment actives ou diminuent de façon importante leur niveau d'activité physique pendant la grossesse (Bacchi et al., 2016). Certaines études ont notamment mis en évidence des niveaux d'activité physique beaucoup plus faibles au premier et au troisième trimestres (Bacchi et al., 2016; Evenson et Wen, 2011). Nous présenterons plus loin des facteurs susceptibles d'expliquer ces statistiques et des interventions à préconiser pour encourager l'activité physique prénatale.

POURQUOI LES FEMMES ENCEINTES DEVRAIENT-ELLES ÊTRE ACTIVES?

La pratique régulière d'activité physique durant la grossesse est non seulement sécuritaire pour la mère et son futur enfant, mais elle apporte aussi de nombreux bienfaits (Encadré 1). Il est important de savoir que l'activité physique prénatale n'est pas associée à une augmentation du risque de fausse couche, de mortalité périnatale (Davenport, Kathol et al., 2018a), d'anomalie congénitale (Davenport, Yoo et al., 2018h), d'accouchement prématuré ou de bébé de petit poids à la naissance (Davenport, Meah et al., 2018d).

Dans votre pratique

En sensibilisant les femmes enceintes aux nombreux bienfaits de l'activité physique prénatale sur leur santé et celle de leur futur enfant, ainsi qu'en les rassurant sur les faibles risques associés à cette pratique, vous les encouragez à maintenir ou à adopter un mode de vie actif durant leur grossesse.

QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE PRÉNATALE?

Selon les récentes directives canadiennes sur l'activité physique durant la grossesse (Mottola et al., 2018), les femmes enceintes ne présentant pas de contre-indications médicales à l'exercice devraient être actives tout au long du processus (Figure 1).

Ces directives recommandent que les femmes enceintes pratiquent au moins 150 minutes par semaine d'activités physiques variées (activités cardiovasculaires et de renforcement musculaire) d'intensité modérée. L'activité physique devrait être échelonnée sur au moins trois jours dans la semaine, mais en faire tous les jours est encouragé. L'ajout de yoga ou d'étirements doux peut aussi être bénéfique. Il est également suggéré aux femmes enceintes de pratiquer chaque jour des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien (exercices de Kegel) afin de réduire le risque d'incontinence urinaire. Pour obtenir des résultats optimaux, l'enseignement de la bonne technique est recommandé. Finalement, il est conseillé aux femmes qui éprouvent un certain malaise en effectuant des exercices couchées sur le dos de changer de position.

Les femmes déjà actives avant la grossesse devraient continuer la pratique d'activité physique tout au long de leur grossesse, en s'assurant de respecter leurs limites et d'adapter les activités à leur état. Il se peut qu'à certains moments, elles trouvent difficile de suivre ces recommandations en raison de la fatigue ou d'inconforts. L'infirmière les encouragera alors à faire de leur mieux et à reprendre le niveau d'activité physique souhaité dès qu'elles s'en sentiront capables.

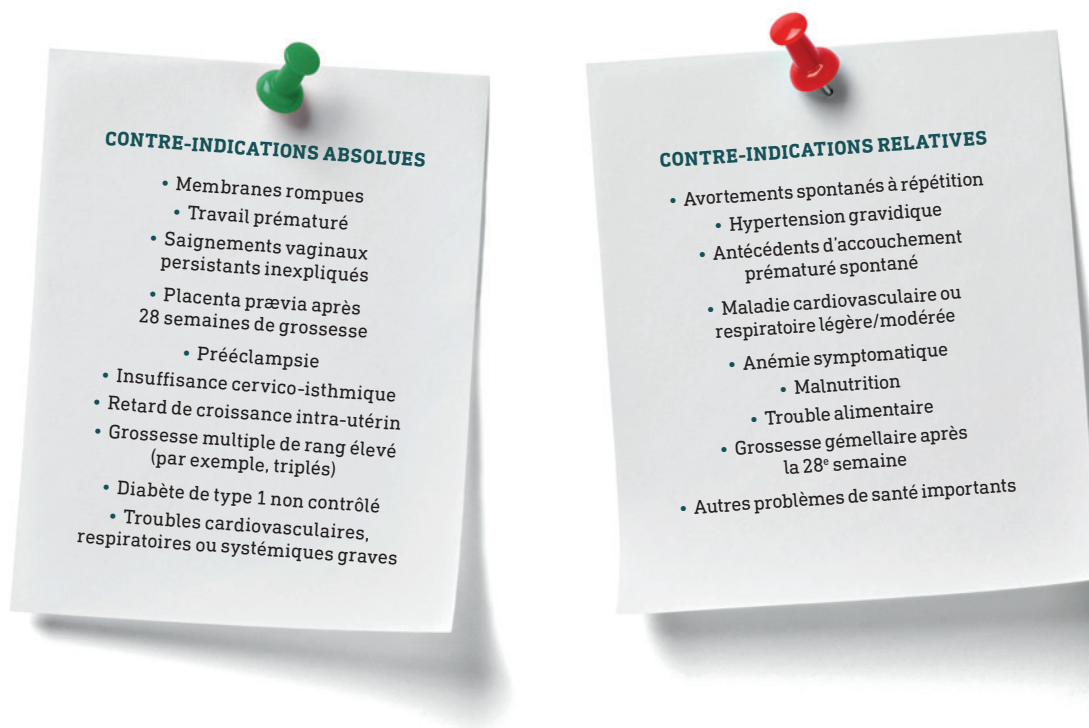
Quant aux femmes inactives avant d'être enceintes, elles devraient être encouragées à intégrer petit à petit des activités physiques dans leur quotidien jusqu'à l'atteinte des recommandations. Certaines devront peut-être débuter par des activités physiques de faible intensité, puis augmenter progressivement la durée et l'intensité tout au long de leur grossesse.

Plus de 65 % des femmes enceintes sont insuffisamment actives ou diminuent de façon importante leur niveau d'activité physique pendant la grossesse.



La pratique régulière d'activité physique durant la grossesse est non seulement sécuritaire pour la mère et son futur enfant, mais elle apporte aussi de nombreux bienfaits.

Figure 1
CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES ET RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE PRÉNATALE
(Mottola et al., 2018.)



CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

- Membranes rompues
- Travail prématuré
- Saignements vaginaux persistants inexpliqués
- Placenta prævia après 28 semaines de grossesse
 - Prééclampsie
- Insuffisance cervico-isthmique
- Retard de croissance intra-utérin
- Grossesse multiple de rang élevé (par exemple, triplés)
- Diabète de type 1 non contrôlé
- Troubles cardiovasculaires, respiratoires ou systémiques graves

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

- Avortements spontanés à répétition
 - Hypertension gravidique
- Antécédents d'accouchement prématuré spontané
- Maladie cardiovasculaire ou respiratoire légère/modérée
 - Anémie symptomatique
 - Malnutrition
 - Trouble alimentaire
- Grossesse gémellaire après la 28^e semaine
- Autres problèmes de santé importants

Dans votre pratique

Dès le premier rendez-vous pour un suivi de grossesse, il est important de discuter ouvertement avec la femme enceinte de la pratique d'activités physiques. L'outil X-AAP pour les femmes enceintes, un guide d'évaluation médicale de l'aptitude à l'activité physique produit par la Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE) et recommandé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), peut s'avérer utile pour aborder, pendant la rencontre, le sujet de l'activité physique. Accessible sur le site de la SCPE (<http://www.csep.ca/CMFiles/publications/parq/x-aapenceintes.pdf>), cet outil permet d'évaluer l'état de santé des femmes enceintes, leurs habitudes passées en matière d'activités physiques et leur projet à cet égard durant leur grossesse. Il comporte aussi la liste des contre-indications à l'activité physique (absolues et relatives), une section sur les informations à transmettre aux femmes enceintes au sujet de la pratique d'activités physiques cardiovasculaires ou visant le renforcement musculaire et des précautions à prendre. Cet outil sera mis à jour au cours de la prochaine année.

En l'absence de contre-indication à l'activité physique, il est crucial d'encourager les femmes enceintes déjà actives à le demeurer tout au long de leur grossesse et de les rassurer en cas de doutes sur la sécurité de leur bébé. Les femmes prévoyant s'entraîner au-delà des recommandations ou prendre part à des compétitions sportives

doivent en discuter avec leur médecin ou leur sage-femme. En effet, les données scientifiques ne permettent pas de savoir si pratiquer une activité physique à une intensité beaucoup plus élevée que celle recommandée est sécuritaire ou bénéfique. Les risques encourus devraient donc faire l'objet de discussions et les femmes pourraient devoir modifier leurs entraînements, au besoin.

Pour les femmes inactives, votre discours doit s'adapter à leurs intérêts et à leur motivation à pratiquer des activités physiques. Vous devez les encourager à trouver des activités leur procurant du plaisir et faciles à intégrer dans leur quotidien. Votre objectif est de les guider vers l'atteinte progressive des recommandations. Gardez en tête que chaque femme et chaque grossesse sont différentes et chacune comporte son lot de croyances (p. ex., perception des avantages et des inconvénients de la pratique d'activité physique prénatale, perception de la pression sociale liée à la norme l'incitant ou la décourageant à être active durant sa grossesse) ou situations pouvant limiter les femmes enceintes dans la pratique d'activités physiques (p. ex., fatigue, nausées, inconforts). Votre approche devrait tenir compte de ces facteurs.

BOUGER DE FAÇON SÉCURITAIRE : QUE DEVRAIENT FAIRE ET NE PAS FAIRE LES FEMMES ENCEINTEES?

La plupart des activités physiques pratiquées avant la grossesse peuvent aussi l'être pendant la grossesse. La marche est en

général l'activité la plus populaire chez les femmes enceintes. Elle est accessible, peu coûteuse, faite en famille, en couple ou entre amis. Les activités aquatiques sont aussi très appréciées, car l'eau soulage les tensions liées au poids du corps, ce qui diminue la charge sur les articulations. Les activités aquatiques limitent ainsi les inconforts physiques de la grossesse peut-être ressentis lors de la pratique d'activités physiques hors de l'eau. De nombreuses femmes enceintes font de la course à pied, surtout celles qui la pratiquaient auparavant. Cette activité est considérée sécuritaire dans la mesure où elle est exécutée avec une certaine retenue (en intensité, en durée et en fréquence). De plus, les femmes doivent adapter la course à leurs sensations et au stade de leur grossesse, et également effectuer des exercices de renforcement du plancher pelvien afin d'éviter les fuites urinaires à l'effort.

En outre, certains exercices spécifiques favorisant une bonne posture, diminuant les douleurs lombo-pelviennes et prévenant la diastase des grands droits ainsi que les fuites urinaires sont encouragés. Le renforcement des muscles abdominaux profonds (transverse de l'abdomen et plancher pelvien) et des muscles stabilisateurs du bassin, ainsi que l'étirement des muscles

abdominaux superficiels sont particulièrement indiqués. L'utilisation du ballon suisse, par exemple, permet de travailler avec efficacité les muscles abdominaux et lombaires. Assise sur le ballon, la femme doit en tout temps garder ses muscles contractés afin de maintenir son équilibre. Elle peut aussi effectuer des mouvements rotatifs en étant assise sur le ballon, ce qui augmente la flexibilité du bassin, facilitant ainsi le déroulement de l'accouchement (Fournier, Feeney et Mathieu, 2017).

Les activités physiques à proscrire durant la grossesse sont celles comportant des risques de chutes ou de traumatismes au ventre comme l'équitation, le ski alpin, le hockey sur glace, la gymnastique, l'haltérophilie et le vélo sur route. Le vélo sur route (non stationnaire), pour prendre cet exemple, présente un risque élevé de chute à mesure que la grossesse avance en raison de modifications biomécaniques et de la capacité moindre de réagir rapidement à l'environnement (trafic, surfaces irrégulières). La plongée sous-marine et les activités physiques en haute altitude (> 2500 mètres si le lieu de résidence est < 2500 mètres) sont aussi à proscrire, tout comme les activités physiques pratiquées dans un environnement extrêmement chaud et humide (comme le yoga chaud).

« Pour moi, le **Congrès de l'OIIQ** me permet de côtoyer des personnes inspirantes et influentes de ma profession, en plus de me donner l'occasion d'échanger sur ma carrière IPS avec la relève. »

25 ET 26 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2019

oiiq.org/congres-2019

Christine Trudel, inf., M. Sc., IPSPL,
Laurentides/Lanaudière



Les femmes enceintes devraient pratiquer au moins 150 minutes par semaine d'activités physiques variées d'intensité modérée. L'activité physique devrait être échelonnée sur au moins trois jours dans la semaine, mais en faire tous les jours est encouragé.

Dans votre pratique

Lors des discussions sur la pratique d'activité physique pendant les suivis de grossesse, veillez à ce que le type d'activité pratiqué ou envisagé par la femme enceinte soit sécuritaire. Proposez-lui des solutions de rechange si elle doit cesser de pratiquer une activité physique à cause des risques encourus. Rappelez-lui d'adapter les modalités des activités (fréquence, intensité, durée et type) à son niveau de condition physique, au stade de sa grossesse et à ses inconforts. Au besoin, pour des conseils plus spécifiques, dirigez-la vers un professionnel spécialisé en activité physique prénatale (comme un kinésologue accrédité).

Tout en ayant un discours sécurisant, mentionnez-lui de cesser sa pratique d'activité physique et de consulter le professionnel de la santé assurant son suivi de grossesse en cas des symptômes suivants (Mottola et al., 2018) :

- essoufflement marqué et persistant même au repos;
- douleur sévère à la poitrine;
- contractions douloureuses et régulières de l'utérus;

- saignement vaginal;
- perte persistante de fluide vaginal indiquant la rupture des membranes;
- faiblesse ou vertiges persistants même au repos.

POURQUOI LES FEMMES ENCEINTES NE SONT-ELLES PAS ASSEZ ACTIVES?

Plusieurs barrières expliquent la baisse d'activité physique durant la grossesse, notamment les symptômes de la grossesse et les limitations qu'elle impose (Coll, Domingues, Gonçalves et Bertoldi, 2017). Ces barrières varient selon le stade de la grossesse.

Le premier trimestre est souvent associé aux nausées et vomissements ainsi qu'à une grande fatigue. Si la femme enceinte ne peut cumuler 150 minutes d'activités physiques d'intensité modérée par semaine, encouragez-la quand même à être active en respectant ses capacités momentanées et à reprendre le niveau d'activités physiques souhaité dès qu'elle en a la faculté. Au début, les femmes se soucient souvent de la bonne mise en route de leur grossesse et





SOINS INTERMÉDIAIRES
Placement en milieu de la santé

FAITES PARTIE D'UNE ÉQUIPE GAGNANTE

NOUS EMBAUCHONS

- Tout le Québec
- Grand Nord
- International (Qatar, Dubaï...)

CONDITIONS ET SALAIRE AVANTAGEUX

514-369-2424 | info@soinsintermediaire.com | www.soinsintermediaires.com

de la sécurité du fœtus. Ainsi, elles craignent parfois de faire une fausse couche en continuant d'être actives. Il faut savoir que ce risque n'est pas mentionné dans la littérature scientifique (Davenport et al., 2018a).

Au troisième trimestre, les inconforts de la grossesse comme les maux de dos, l'essoufflement causé par la pression de l'utérus sur le diaphragme, les reflux gastro-œsophagiens et l'œdème aux membres inférieurs sont souvent présents. En outre, pratiquer des activités physiques se révèle plus ardu qu'au premier trimestre en raison de changements physiologiques et anatomiques. Les femmes doivent alors fournir plus d'efforts pour exercer des activités physiques pourtant faciles au premier et deuxième trimestres. À cela s'ajoute la crainte d'accoucher prématurément si elles maintiennent leurs activités physiques. Pourtant, la littérature scientifique ne fait état d'aucun risque à cet égard (Davenport et al., 2018d).

Ces différents facteurs contrecarrent donc la pratique d'activité physique prénatale et expliquent en partie les niveaux plus faibles d'activité physique observés au premier et au troisième trimestres. Les coûts, les contraintes de temps, le manque de soutien social, d'informations ou de connaissances, ou encore un environnement peu propice constituent aussi des barrières à la pratique de l'activité physique prénatale (Coll et al., 2017).

Dans votre pratique

Pendant les suivis de grossesse, soyez à l'écoute de la femme et réceptive à ses barrières afin de lui offrir un accompagnement personnalisé et adapté à son expérience de grossesse. Rassurez-la en défaisant les fausses croyances sur les risques de l'activité physique prénatale et exposez-lui les bienfaits d'exercice régulier à la fois pour elle et son futur enfant. Par ailleurs, la fatigue étant la barrière la plus souvent rapportée par les femmes enceintes, mentionnez-lui que, même si cela peut sembler surprenant, ne pas faire d'activité physique contribue au sentiment de fatigue intense lors de la grossesse (Coll et al., 2017). Dans certains cas, du soutien ou des conseils additionnels s'imposent. Encouragez et félicitez la femme enceinte qui pratique des activités physiques, même sans atteindre les durées recommandées. Cela favorisera le maintien et l'amélioration de cette saine habitude de vie.

Compte tenu des nombreuses barrières à la pratique de l'activité physique rapportées par les femmes enceintes, voici quelques conseils pour l'adoption ou le maintien d'un mode de vie actif :

- En présence de douleurs lombo-pelviennes, suggérez de pratiquer des activités dans l'eau et des exercices de renforcement musculaire spécifiques aux régions abdominale et lombo-pelvienne. Au besoin, dirigez-la vers un professionnel de la santé (kinésologue, physiothérapeute, chiropraticien).

Encouragez et félicitez la femme enceinte qui pratique des activités physiques, même sans atteindre les durées recommandées. Cela favorisera le maintien et l'amélioration de cette saine habitude de vie.



« Pour moi, le **Congrès de l'OIIQ** nous donne le temps de nous rencontrer et de nous écouter. Il permet de découvrir les dernières nouveautés en soins infirmiers, tout en cultivant notre sentiment d'appartenance à cette grande profession que j'exerce depuis plus de 30 ans. »

25 ET 26 NOVEMBRE
CONGRÈS OIIQ
2019

oiiq.org/congres-2019

Céline Basque, inf., infirmière retraitée,
Abitibi-Témiscamingue

- En présence de fatigue importante, conseillez des activités d'intensité légère (p. ex., marche, yoga, Pilates).
- Encouragez la femme enceinte ayant d'autres enfants à bouger avec eux. Plusieurs activités se font en famille, comme la marche dans un parc ou la baignade.
- Si la femme enceinte se sent seule en raison d'un retrait préventif, proposez-lui de participer à des cours de groupe pour les femmes enceintes, cours la plupart du temps très accessibles et appréciés. En plus de favoriser la pratique d'activité physique, c'est l'occasion de rencontrer d'autres femmes enceintes et d'échanger.
- Proposez des endroits plus tempérés pour aller marcher par temps très froid ou très chaud, comme les centres commerciaux.

Pendant les suivis de grossesse, les conseils et l'enseignement prénatal prodigués, l'infirmière contribue de façon importante à la promotion et à l'adoption de bonnes pratiques d'activité physique.

MESSAGES À RETENIR POUR UNE APPLICATION CLINIQUE

Discuter d'activité physique avec les femmes enceintes est parfois délicat. L'orientation de la discussion dépendra de leur niveau d'activité physique actuel et de leur degré de motivation à entreprendre ou à poursuivre leurs activités.

Si une femme enceinte vous affirme effectuer des activités physiques et désire les poursuivre durant sa grossesse, faites une rétroaction positive en soulignant les bienfaits de cette pratique pour elle et son enfant. Assurez-vous toutefois que ses activités sont sécuritaires.

Dans le cas d'une femme inactive, aidez-la à s'exprimer sur son degré de motivation, son niveau d'intérêt à pratiquer de l'activité physique durant sa grossesse et sur ses barrières. À partir de ses réponses, parlez-lui des aspects sur lesquels vous pouvez avoir le plus d'influence. Il peut s'agir de détruire des mythes et les fausses croyances sur l'activité physique ou bien d'en souligner les bienfaits. Rappelez-lui « qu'un peu, c'est déjà bien, mais qu'un peu plus, c'est mieux. » Encouragez-la à continuer sa pratique actuelle, ou même à augmenter graduellement l'intensité, la fréquence ou la durée de ses périodes d'activité physique selon ses envies et ses disponibilités. Et ce, afin de tendre peu à peu vers les 150 minutes par semaine d'activités physiques variées d'intensité modérée recommandées. Par exemple, l'élaboration d'un objectif accessible, choisi par la femme enceinte, peut la motiver à entreprendre des changements d'ici son prochain suivi de grossesse.

Donnez-lui des conseils simples et applicables dans son quotidien afin de l'aider à être plus active. Par exemple :

- opter pour les escaliers plutôt que l'ascenseur si possible;
- stationner sa voiture plus loin de la porte d'entrée;
- documenter ses activités à l'aide d'un journal ou d'un moniteur d'activité physique (podomètre, montre) pour obtenir le reflet de son activité journalière et se fixer des objectifs afin d'instaurer ou de maintenir un mode de vie actif;
- lui dire qu'il n'est jamais trop tard pour débiter ! L'important, c'est d'y aller pas à pas, d'écouter son corps et de respecter ses limites.

Si la femme enceinte sollicite des conseils plus spécifiques ou un programme d'exercices personnalisé, dirigez-la vers un professionnel spécialisé en activité physique prénatale. Aussi, la mise en place d'affiches sur l'activité physique pendant la grossesse dans les aires d'attente ou les bureaux de consultation amène la femme enceinte à réfléchir sur l'activité physique et constitue un élément déclencheur en vue d'un changement de comportement.

CONCLUSION

Pendant les suivis de grossesse, les conseils et l'enseignement prénatal prodigués, l'infirmière contribue de façon importante à la promotion et à l'adoption de bonnes pratiques d'activité physique (MSSS, 2008). Ses encouragements et ses discussions avec la femme enceinte au sujet des objectifs aident à adopter et à maintenir de saines habitudes de vie tout au long de la grossesse, et même après. ●



POUR VOUS SOUTENIR DANS VOTRE PRATIQUE

Une version synthétisée de l'édition 2019 des *Directives canadiennes sur l'activité physique en matière d'activité physique pendant la grossesse* est disponible en français sur le site de la Société canadienne de la physiologie de l'exercice (csepguidelines.ca).

FORMATIONS OIIQ EN PÉRINATALITÉ

L'OIIQ offre deux formations en périnatalité, l'une portant sur le suivi de grossesse et l'autre, sur l'examen clinique de la femme enceinte. Découvrez-les sur oiiq.org/formation-perinat



La faible reconnaissance n'est pas dans ta tête.

Le problème, c'est l'organisation du travail et ça peut te rendre malade.

Ensemble, nous avons le pouvoir d'agir.



Centrale des syndicats
du Québec

lacsq.org/sst

LES AUTEURES

CAROLINE LEMAY
Inf., M. Sc.

Chargée de cours au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

AUDREY ST-LAURENT
B. Sc.

Étudiante au doctorat en kinésiologie à l'Université Laval.

MARIE-MICHELLE MONY
B. Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences de l'activité physique à l'Université de Sherbrooke.

STEPHANIE-MAY RUCHAT
Ph. D.

Professeure au Département des sciences de l'activité physique de l'UQTR.

RÉFÉRENCES

Bacchi, E., Bonin, C., Zanolin, M. E., Zambotti, F., Livornese, D., Donà, S., ... Moghetti, P. (2016). «Physical activity patterns in normal-weight and overweight/obese pregnant women». *PLoS One*, 11(11), e0166254. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0166254>

Caspersen, C. J., Powell, K. E., Christenson, G. M. (1985). «Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research». *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.

Coll, C. V., Domingues, M. R., Gonçalves, H. et Bertoldi, A. D. (2017). «Perceived barriers to leisure-time physical activity during pregnancy: A literature review of quantitative and qualitative evidence». *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20(1), 17-25.

Davenport, M. H., Kathol, A. J., Mottola, M. F., Skow, R. J., Meah, V. L., Poitras, V. J., ... Ruchat, S.-M. (2018a). «Prenatal exercise is not associated with fetal mortality: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 53(2), 108-115. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099773>

Davenport, M. H., Marchand, A.-A., Mottola, M. F., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., ... Ruchat, S.-M. (2018b). «Exercise for the prevention and treatment of low back, pelvic girdle and lumbopelvic pain during pregnancy: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 53(2), 90-98. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099400>

Davenport, M. H., McCurdy, A. P., Mottola, M. F., Skow, R. J., Meah, V. L., Poitras, V. J., ... Ruchat, S.-M. (2018c). «Impact of prenatal exercise on both prenatal and postnatal anxiety and depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1376-1385. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099697>

Davenport, M. H., Meah, V. L., Ruchat, S.-M., Davies, G. A., Skow, R. J., Barrowman, N., ... Mottola, M. F. (2018d). «Impact of prenatal exercise on neonatal and childhood outcomes: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1386-1396. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099836>

Davenport, M. H., Nagpal, T. S., Mottola, M. F., Skow, R. J., Riske, L., Poitras, V. J., ... Ruchat, S.-M. (2018e). «Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1397-1404. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099780>

Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Poitras, V. J., Jaramillo Garcia, A., Gray, C. E., Barrowman, N., ... Mottola, M. F. (2018f). «Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1367-1375. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099355>

Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Sobierajski, F., Poitras, V. J., Gray, C. E., Yoo, C., ... Mottola, M. F. (2018g). «Impact of prenatal exercise on maternal harms, labour and delivery outcomes: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 53(2), 99-107. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099821>

Davenport, M. H., Yoo, C., Mottola, M. F., Poitras, V. J., Jaramillo Garcia, A., Gray, C. E., ... Ruchat, S.-M. (2018h). «Effects of prenatal exercise on incidence of congenital anomalies and hyperthermia: A systematic review and meta-analysis». *British Journal of Sports Medicine*, 53(2), 116-123. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099653>

Evenson, K. R. et Wen, F. (2011). «Prevalence and correlates of objectively measured physical activity and sedentary behavior among US pregnant women». *Preventive Medicine*, 53(1-2), 39-43.

Fournier, D., Feeney, G. et Mathieu, M.-E. (2017). «Outcomes of exercise training following the use of a birthing ball during pregnancy and delivery». *Journal of Strength and Conditioning Research*, 31(7), 1941-1947. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1519/JSC.0000000000001672>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). «Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000730/>

Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., ... Zehr, L. (2018). «2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy». *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1339-1346. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-100056>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). «Standards de pratique de l'infirmière – Soins de proximité en périnatalité». Repéré à <https://www.oiiq.org/standards-de-pratique-pour-l-infirmiere-soins-de-proximite-en-perinatalite>

FORMATION CONTINUE



DES FORMATIONS ACCRÉDITÉES POUR OPTIMISER VOTRE JUGEMENT CLINIQUE



FORMATIONS ACCRÉDITÉES PERTINENTES, ÉCONOMIQUES ET ADAPTÉES À VOS BESOINS

- L'intimidation et le harcèlement en soins infirmiers
- Les chutes, leur prévention et leur suivi
- La maltraitance envers les personnes âgées
- Les pansements et les plaies : un duo inséparable

FORMATIONS SUR MESURE EN MILIEU DE TRAVAIL

Les directrices de soins apprécient :

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

FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS PODOLOGIQUES

160 h | formule intensive ou régulière

Les participantes apprécient :

- La réputation de la formation dans le milieu
- La proximité du Cégep au métro Jean-Talon
- La souplesse des horaires (intensif et régulier)
- L'encadrement par des formateurs d'expérience

Un monde de possibilités



© Shutterstock / Photographee.eu

PÉDIATRIE

Évaluer le développement de l'enfant : des outils pour soutenir le rôle de l'infirmière

Note au lecteur :

Patricia Germain, professeure au Département des sciences infirmières de l'UQTR où elle donne le cours de pratique infirmière en pédiatrie, dirige cette série d'articles sur le développement de l'enfant, rédigée en collaboration avec divers experts issus des milieux de la santé et des sciences sociales. L'article ci-contre est le deuxième de cette série.

L'une des 17 activités réservées de l'infirmière concerne directement le développement des enfants et attribuée à l'infirmière la responsabilité suivante : « Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement ». Pour l'aider à objectiver son évaluation, l'infirmière dispose de plusieurs outils validés. Cet article en fait un survol.

par PATRICIA GERMAIN, inf., Ph. D., et CATHERINE VANDEMEULEBROOKE, inf. M. Sc. (c.)

Ces outils d'évaluation – des questionnaires pour la plupart – contribuent non seulement à détecter un retard de développement, mais aussi à informer l'infirmière pour guider et conseiller les parents sur les actions à mettre en œuvre pour encourager le développement de leur enfant. Ils indiquent aussi qu'un autre professionnel devrait voir l'enfant pour une évaluation complémentaire. Précisons que ces outils ne permettent pas de poser un diagnostic, ce qui n'est pas le rôle de l'infirmière, mais bien de détecter les possibles retards d'un enfant et ses défis à relever. Ces outils sont d'une grande utilité pour promouvoir le développement optimal de chaque enfant et prévenir ou cibler d'éventuels problèmes.

L'infirmière mettra à profit ces outils au moment des suivis périodiques de l'enfant, comme des rendez-vous de vaccination par exemple, mais les utiliser dans tout contexte d'intervention auprès des enfants et des familles serait aussi judicieux. Une infirmière d'une unité d'hospitalisation examinant un enfant pour une infection respiratoire des voies supérieures peut très bien faire répondre à un questionnaire évaluant le développement de cet enfant. Les enfants et les parents sans médecin de famille ont souvent peu de contact avec des professionnels de la santé. Ces questionnaires, dont plusieurs sont très courts, servent aussi dans un

contexte d'hospitalisation, et le parent peut parfois même le remplir.

Pour appuyer les infirmières dans l'évaluation du développement de l'enfant, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a créé un algorithme de l'évaluation de l'état de santé de l'enfant de 0 à 5 ans. Cet algorithme comporte les huit étapes suivantes (OIIQ, 2015) :

1. S'enquérir des préoccupations parentales.
2. Déceler les facteurs de risque et les problèmes de santé potentiels.
3. Procéder à un examen physique et appliquer les paramètres décrits dans l'*ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans en fonction de l'âge de l'enfant*.
4. Prévoir une visite plus rapprochée si des éléments de la surveillance développementale sont source d'inquiétude.
5. Proposer des solutions pour répondre aux préoccupations parentales.
6. Donner des conseils de nature préventive ou anticipatoire.
7. Mettre en place des interventions visant à remédier au retard de développement ou diriger l'enfant présentant des indices de retard de croissance ou de développement vers les ressources appropriées pour une intervention précoce.

Tableau 1
RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DE CHAQUE OUTIL

OUTIL	QUI LE REMPLIT	DURÉE	LANGUES	PÉRIODE D'ÂGE	ÉVALUATIONS
Questionnaire de dépistage du district de Nipissing	Parent et intervenant	10 min.	Français, anglais, espagnol, chinois, vietnamien	De 1 mois à 6 ans	Motricité fine et globale, développement socioaffectif, communication, développement cognitif, vie quotidienne
Grille d'évaluation du développement (GED)	Intervenant	15 à 45 min. selon l'âge de l'enfant	Français, anglais	De 0 à 5 ans moins un jour	Développement cognitif, langage, motricité fine et globale, développement socioaffectif
Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ)	Parent et intervenant	10 min. pour le parent 2-3 min. pour compiler	Français, anglais, espagnol, coréen	De 2 mois à 5 ans	Motricité fine et globale, développement socioaffectif, communication
Brigance – Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans	Intervenant	40 à 120 min.	Français, anglais	De 0 à 5 ans	Motricité fine et globale, développement socioaffectif, langage, vie quotidienne, autonomie, développement cognitif et académique
Grille Ballon	Intervenant ou éducatrice	1 à 2 heures; pouvant être réparties sur 2 ou 3 visites pendant 6 semaines maximum.	Français	De 1 mois à 6 ans	Motricité fine et globale, préécriture, développement cognitif, langage, autonomie, développement socioaffectif

Source : conçu par les auteures.

8. Documenter le suivi réalisé, y compris le résultat des évaluations, les demandes de consultations, les demandes d'évaluation particulière, le résultat des discussions en équipe multidisciplinaire et les résultats des grilles utilisées.

L'IMPORTANCE DE L'ÉVALUATION INFIRMIÈRE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Un enfant se développe au fil du temps, comme le font ses difficultés. L'infirmière doit donc être vigilante : tout peut très bien aller pour un enfant et, soudain, un changement aux origines diverses se produit. Par exemple, il tombe malade, ses parents se séparent, ou autres choses encore. Une approche informelle ne permet pas de détecter les enfants ayant des difficultés. Autrement dit, il ne faut pas se fier seulement aux impressions cliniques. Des points de repère doivent y être jumelés. L'évaluation du développement de l'enfant doit reposer sur plusieurs sources d'information et sur plusieurs mesures prises à divers moments. Pour faire une analogie, cette évaluation ne devrait pas être une photo, mais plutôt un film en continu.

Certaines personnes peuvent remettre en question la pertinence d'un tel exercice en raison des défis d'accessibilité aux services spécialisés nécessaires. Même si les listes d'attente sont longues, les avantages de parler de développement de l'enfant avec les familles et de promouvoir le plein développement de tous les enfants sont trop importants pour s'arrêter à

ces difficultés d'accès. Exercer pleinement son activité réservée d'évaluation de l'enfant permet de mobiliser la famille autour du développement de l'enfant, tout en ajustant les attentes et les exigences de la famille envers lui. L'intervention précoce ne doit pas se faire uniquement auprès de l'enfant et de la famille vivant des difficultés. Elle représente aussi un moyen pour promouvoir le développement de l'enfant et les habiletés parentales.

Comme nous l'avons déjà mentionné, il existe des différences entre un outil de dépistage et un outil diagnostique. Le premier permet de reconnaître un enfant manifestant un signe de retard de développement et d'en soutenir le suivi. De son côté, l'outil diagnostique permet justement de diagnostiquer un retard de développement. Cette évaluation nécessite l'intervention de plusieurs professionnels afin d'approfondir les problèmes vécus par l'enfant.

L'OIIQ recommande aux infirmières différentes techniques de mesure validées décrits dans l'*Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*, un document de l'Institut national de santé publique du Québec (2010). Le choix de l'instrument doit reposer sur divers facteurs (contexte de l'utilisation, type de milieu clinique, ressources disponibles, coûts associés à l'achat d'un outil et du matériel nécessaire, continuum de services). Idéalement, ce choix se fera en équipe. Pour faciliter son

Ces outils d'évaluation – des questionnaires pour la plupart – contribuent non seulement à détecter un retard de développement, mais aussi à informer l'infirmière pour guider et conseiller les parents sur les actions à mettre en œuvre pour encourager le développement de leur enfant.

utilisation, la démarche proposée par l'outil doit être agréable pour l'enfant. Celui-ci devrait être disposé, calme et reposé. En outre, étant appelés à collaborer et à contribuer à l'évaluation, les parents doivent comprendre le but de la démarche. Enfin, il convient de se servir de l'échelle de la bonne façon et de mesurer ce pourquoi il a été conçu. Confectionner un outil maison à partir de plusieurs questionnaires serait une erreur, car il ne fournirait pas l'indication attendue.

En revanche, il est important de choisir un outil qui, en plus d'être approprié, est simple, pratique et utile, facile à employer par l'ensemble des infirmières dans des contextes distincts, c'est-à-dire en tenant compte du temps alloué par l'infirmière, du milieu de soins ou encore de la situation familiale.

Elle mettra à profit ces outils au moment des suivis périodiques, comme lors des rendez-vous de vaccination, mais les utiliser dans tout contexte d'intervention auprès des enfants et des familles serait aussi judicieux.

OUTILS DE MESURE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Dans le cadre de l'activité réservée sur l'évaluation du développement de l'enfant, l'OIIQ propose cinq outils (Tableau 1).

Le Questionnaire de dépistage du district de Nipissing

- Permet d'évaluer 13 stades de développement (de 0 à 6 ans) et d'en donner un aperçu général.
- Permet d'évaluer les aspects du développement suivants : vue, ouïe, communication, motricité fine et globale, fonction cognitive, habiletés sociales et affectives ainsi qu'autonomie personnelle.



Pourquoi avoir choisi le CHSLD Saint-Lambert sur-le-Golf?

« Parce que j'aspirais à une qualité de vie, à un milieu de travail familial orienté dans le sens de mes valeurs. C'est ce que j'y ai retrouvé ! Mon poste d'infirmière et son aménagement m'ont aussi permis de poursuivre mes études universitaires. Mon travail m'apporte chaque jour, satisfaction et fierté. En contribuant à une équipe compétente, nous avons le sentiment d'ajouter, au quotidien, un peu de Soleil dans la vie de nos résidents. »

Joignez-vous à Dominique en postulant aujourd'hui !
chsld_rh@residencessoleil.ca • 555 Tiffin, Saint-Lambert

- Est bref, soit environ 15 questions fermées (sous forme de oui/non) aux parents, puis est validé auprès du professionnel.
- Doit être approfondi, si le parent répond non à deux questions ou plus.
- Propose aussi des interventions et des activités à faire par les parents avec leur enfant, et ce, pour chaque stade du développement.

La Grille d'évaluation du développement (GED)

- Permet de faire des vérifications en cas de doute chez les enfants de 0 à 5 ans.
- Comprend de 28 à 47 questions selon l'âge de l'enfant.
- Permet d'évaluer le développement des aspects cognitif, langagier, moteur et socioaffectif.
- Doit être remplie par le professionnel selon une procédure standardisée. L'évaluation prend entre 15 et 45 minutes. Le résultat obtenu permet de situer chaque aspect sur une échelle (sous forme de thermomètre).
- Permet de valider un potentiel retard à la lumière des observations faites et indique la nécessité ou pas d'une consultation auprès d'un spécialiste.
- Comporte trois niveaux de résultats : zone de confort (aucun retard perçu), zone à surveiller et zone de référence.
- Exige de l'enfant de faire toutes les activités de chaque catégorie (p. ex., se tenir sur une jambe, sauter). Ensuite, la grille d'interprétation des résultats fournie est utilisée. Les résultats obtenus situent chaque aspect sur une échelle (sous forme de thermomètre).

Les Questionnaires sur les étapes du développement (Ages and Stages Questionnaires – ASQ)

- Permet d'évaluer les enfants de 2 mois à 5 ans.
- Comporte 30 questions.
- Permet d'évaluer la communication, la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes, les aptitudes individuelles et sociales, et aussi de faire une évaluation globale.
- Peut être rempli par les parents entre 15 à 20 minutes.
- Indique si l'enfant doit être dirigé vers un spécialiste pour une évaluation en profondeur, s'il doit simplement continuer d'être suivi ou s'il se développe selon les normes.

Brigance – Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans

- Permet d'évaluer les enfants de 0 à 7 ans (à la fois outil de dépistage et de diagnostic).
- Comprend un certain nombre d'étapes à accomplir et peut demander entre 40 et 120 minutes selon le nombre de sphères évaluées.
- Permet d'évaluer les habiletés motrices et comportementales, la motricité globale, la motricité fine, l'autonomie, le langage, les connaissances générales et la maîtrise de concepts, le développement socioaffectif, la prélecture, la lecture, l'écriture et le calcul.
- Permet de voir si l'enfant se développe selon les normes attendues. Le logiciel utilisé fournit un profil global de développement et profil pour chaque sphère développementale. Cependant, interpréter les résultats étant difficile, une formation optimiserait l'usage de l'outil.
- Ne fournit pas de données psychométriques pour l'outil. En revanche, la troisième édition a été révisée afin de s'assurer d'une formulation adéquate.

La Grille Ballon

- Permet d'évaluer les enfants de 0 à 5 ans.
- Contient 50 questions pour chaque âge.
- Permet d'évaluer la motricité globale, la motricité fine, la préécriture, le développement cognitif, le langage, l'autonomie et le développement socioaffectif.
- Est remplie par le professionnel selon les opinions du parent.
- Permet de déterminer la marche à suivre en se servant d'une charte de couleurs.
- Est simple à utiliser. Un guide permet de coder correctement chaque point traité.
- Est validé par des experts en petite enfance du Bas-Saint-Laurent.

CONCLUSION

L'infirmière a la responsabilité de choisir l'outil approprié pour l'enfant selon le contexte clinique et le temps disponible, et d'acquiescer la formation nécessaire pour s'en servir. Surtout, elle doit adopter une posture de promotion du développement de l'enfant. Cela suppose de déterminer d'abord les forces de celui-ci au cours des suivis avec les parents. Ensuite de porter une grande attention au choix de ses mots pour caractériser les défis de l'enfant, en évitant des mots comme « anormal », « retardé », etc.

Après un tel exercice, il est essentiel de guider les parents vers des ressources professionnelles,

L'évaluation du développement de l'enfant doit reposer sur plusieurs sources d'information et sur plusieurs mesures prises à divers moments. Pour faire une analogie, cette évaluation ne devrait pas être une photo, mais plutôt un film en continu.

au besoin, ou communautaires pour soutenir le développement de l'enfant. Ces dernières deviennent de véritables partenaires de l'infirmière dans le soutien du développement de l'enfant, par exemple, grâce aux bibliothèques municipales et à leurs ateliers de littératie familiale, ou encore aux organismes communautaires de soutien aux familles qui proposent des ateliers de stimulation pour les enfants. L'infirmière documentera adéquatement le dossier de l'enfant en y indiquant l'outil de mesure utilisé, les résultats obtenus et les recommandations formulées aux parents.

Soutenir le développement du plein potentiel de l'ensemble des enfants est l'affaire de tous. En raison de leur nombre et de leur position stratégique dans le réseau de la santé, les infirmières peuvent agir concrètement, pour de nombreuses familles. ●

Une voix forte en santé.



La FIQ, forte de ses **76 000 infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques**, est reconnue comme une organisation syndicale efficace pour l'amélioration des conditions de travail de ses membres et la défense des soins de santé accessibles et sécuritaires.

fiqsante.qc.ca



FIQ | SECTEUR PRIVÉ



LES AUTEURES

PATRICIA GERMAIN
Inf., Ph. D.

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

CATHERINE VANDEMEULEBROECKE
Inf., B. Sc.

Infirmière clinicienne, candidate à la maîtrise en sciences infirmières à l'UQTR.

RÉFÉRENCES

Davies, D. (2011). «Child Development. A Practitioner's Guide» (3^e éd.). New York: The Guilford Press.
Dosman, Andrews, Goulden (2012). «Evidence-based milestone ages as a framework for developmental surveillance». *Paediatrics & Child Health*, 17(10), 561-568.
Glascoe, F. P., Marks, K. P., Poon, J. K. et Macias, M. M. (2013). «Identifying & addressing developmental-behavioral problems: A practical guide for medical and non-medical professionals, trainees, researchers and advocates». Nolensville, TN: PEDSTest.com, LLC.
Institut national de santé publique du Québec. (2010). «Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance». Repéré à: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1143_ChoixOutilMesureDevEnfantsSIPPE.pdf

Marks, K. P. et LaRosa, A. C. (2012). «Understanding developmental-behavioral screening measures». *Pediatrics in Review*, 33(10), 448-457.
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). «Standards de pratique de l'infirmière. Soins de proximité en périnatalité». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1457804/4443-perinatalite-web.pdf/ec1f97ec-89c6-cf81-41f6-5c86076bb030>
Sheldrick, R. C., Merchant, S. et Perrin, E. (2011). «Identification of developmental-behavioral problems in primary care: A systematic review». *Pediatrics*, 128(2), 356-363.
Williams, R. et Clinton, J. (2011). «Bien faire ce qu'il faut à 18 mois: en appui au bilan de santé amélioré». *Paediatrics & Child Health*, 16(10), 651-654.

DES FORMATIONS OIIQ POUR ALLER PLUS LOIN

- Évaluer le développement d'un enfant de 0 à 5 ans : oiiq.org/dev-enfant
- ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans : oiiq.org/ABCdaire

Précision

Dans le premier article de cette série publié dans le numéro de mai-juin 2019 (« Le rôle de l'infirmière dans le développement du plein potentiel de l'enfant »), une référence manquait dans la liste apparaissant en fin d'article. Il s'agit de Morelli et al. (2014), cité à la page 29 dans le paragraphe sur les obstacles. Voici la référence complète : Morelli, D. L., Pati, S., Butler, A., Blum, N. J., Gerdes, M., Pinto-Martin, J. et Guevara, J. P. (2014). «Challenges to implementation of developmental screening in urban primary care: A mixed methods study». *BMC Pediatrics*, 14, 16. Repéré à <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-16>



www.tulattavik.com

Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

La passion du Grand Nord



Le travail offert

TEMPS COMPLET OU TEMPORAIRE.

UN CENTRE DE SANTÉ ET SIX POINTS DE SERVICES AU SEIN DE NOS SEPT COMMUNAUTÉS INUITES.

FORMATION DE BASE ET CONTINUE.

APPRENTISSAGE PROGRESSIF AU TRAVAIL EN RÔLE ÉLARGI.

PRIME D'ÉLOIGNEMENT, D'INSTALLATION, DE VIE CHÈRE ET SUPPLÉMENT SALARIAL EN POINTS DE SERVICES.

AFIN DE DÉCOUVRIR L'ÉTENDUE D'UN OCÉAN, IL FAUT ÉLOIGNER LES YEUX DU RIVAGE !

VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !

 @Tulattavik

Téléphone : 1 877 893-7646

recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca

Comment faire un budget pour l'achat d'une première maison

Pour acheter une première propriété, il faut prévoir beaucoup plus qu'une mise de fonds. Voici quelques conseils qui vous permettront de planifier vos finances et d'éviter les surprises.

Étape 1: l'épargne

- > Fixez-vous un objectif d'épargne réaliste en fonction de vos revenus actuels. Une rencontre avec un conseiller hypothécaire vous aidera à calculer le coût réel d'une propriété et à vous faire une tête sur les exigences du processus d'achat.
- > Il pourra vérifier votre cote de crédit au début du processus, vous expliquer ce qui l'affecte et vous donner des conseils pour l'améliorer. Le conseiller peut aussi vous aider à établir une stratégie d'épargne et vous informer à propos des frais à prévoir pour l'achat d'une propriété.

Étape 2: la mise de fonds

- > Il est recommandé de disposer d'au minimum 6,5% de sa valeur. Ceci inclut au moins 5% pour la mise de fonds, tel qu'exigé par les instances réglementaires, et 1,5% pour les frais de démarrage. Ces frais couvrent, entre autres, les frais de notaire et la prime pour obtenir une assurance prêt hypothécaire, si votre mise de fonds est inférieure à 20% du prix de la propriété.

Étape 3: les visites

- > Une fois les visites de propriété amorcées, assurez-vous de bien vous informer quant aux frais reliés à la propriété, comme les taxes municipales ou encore les frais de condos, si applicables.
- > Ces frais varient selon le type de propriété et ils peuvent parfois faire monter le coût mensuel de votre nouvelle demeure de façon significative.

Étape 4: l'achat

- > Si vous venez de faire une offre pour votre maison de rêve, pensez à mettre une clause d'inspection dans l'offre d'achat.
- > Une inspection vous aiguillera sur les travaux potentiels à réaliser en tant que propriétaire. L'inspection préachat coûte en moyenne entre 450\$ et 550\$ selon le type de propriété et son année de construction. Il vous faudra tenir compte de ces frais dans votre budget.
- > Une fois l'inspection réalisée et toutes les clauses de l'offre d'achat réglées, ce sera le moment de passer chez le notaire. Pour cette étape, il est recommandé de budgéter environ 1000\$.
- > À noter que ces frais varient selon la complexité du dossier et le type de propriété en question.

Étape 5: bienvenue chez vous

- > Il ne reste qu'à payer la fameuse « taxe de bienvenue », officiellement appelée « taxe de mutation ». Ce montant se paie une fois et il est calculé au prorata du montant le plus élevé entre l'évaluation municipale et le prix d'achat.
- > À cela s'ajoute un compte de taxes municipales et scolaires à payer chaque année. Le taux de la taxe scolaire est déterminé annuellement par la commission scolaire qui dessert le territoire et elle est payée par tous les propriétaires, même ceux qui n'ont pas d'enfants en âge de fréquenter l'école.

Pour la suite des choses, assurez-vous de toujours avoir un coussin financier pour pouvoir entretenir votre propriété sans sourciller.

Banque Nationale propose une offre exclusive pour les infirmières et infirmiers. Pour connaître les avantages reliés à cette offre spécialement adaptée, visitez le bnc.ca/infirmier. Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le bnc.ca/etudiant-infirmier.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

En tant que client de la Banque Nationale, vous pourrez ouvrir un compte NATgo^{MC} et suivre vos investissements en temps réel. Pour tous les détails, visitez bnc.ca/natgo. Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

^{MC} NATGO est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada, utilisée sous licence par les tiers autorisés.

LES INHIBITEURS DU SGLT2

Nouvelle classe de médicaments oraux dans le traitement du diabète de type 2

Malgré les médicaments disponibles, une proportion importante de patients diabétiques ne parvient pas à contrôler sa glycémie, d'où l'intérêt soutenu des professionnels de la santé pour de nouveaux traitements pharmacologiques. Les inhibiteurs sélectifs du cotransporteur du sodium-glucose de type 2 (SGLT2), médicaments d'une nouvelle classe thérapeutique, sont indiqués dans le traitement du diabète de type 2 en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace, ou en monothérapie lorsque ces deux molécules ne sont pas tolérées ou sont contre-indiquées. Ils sont également indiqués chez les patients atteints de maladie coronarienne athérosclérotique (MCAS) ou de maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) dont l'hémoglobine glyquée est supérieure ou égale à 7 %. Selon les études qui seront évaluées dans cet article, leur utilisation auprès de cette dernière clientèle serait d'autant plus intéressante qu'ils semblent avoir un effet cardioprotecteur.

par **JEAN-DOMINIC RIOUX, IPSSA** et **FRANÇOIS-ADRIEN DUVAUCHELLE, IPSSA**
Révision scientifique : **JENIFER YEE, Pharm. D., M. Sc.**

La prévalence du diabète ne cesse de croître au Canada. Alors que le nombre de personnes touchées par ce fléau métabolique au pays atteignait 3,4 millions en 2015, on prévoit qu'il en affligera 5 millions d'ici 2025 (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Quant au nombre de prédiabétiques, il s'élèvera à près de 5,7 millions (ASPC, 2011). Les personnes diabétiques sont exposées à un risque trois fois plus élevé que la population générale d'être hospitalisées en raison d'une maladie cardiovasculaire, 12 fois plus élevé d'être hospitalisées pour une maladie rénale au stade terminal et 20 fois plus élevé d'être hospitalisées à cause d'une amputation non traumatique d'un membre inférieur (Association canadienne du diabète, 2013).

Le surpoids, l'obésité, la malnutrition et la sédentarité ne sont que certains des facteurs de risque qui augmentent la prévalence du diabète. Au Canada, 60 % des adultes et plus de 30 % des enfants souffrent de surpoids et d'obésité (Statistique Canada, 2012). L'excès de glucose plasmatique chez la personne diabétique peut provoquer diverses complications, dont la rétinopathie diabétique (première cause de cécité), les néphropathies, l'infarctus du myocarde ainsi que les neuropathies, dont les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Le diabète se définit par la présence d'hyperglycémie, laquelle peut être causée par un déficit de la sécrétion d'insuline, une résistance à l'insuline ou une combinaison de ces deux mécanismes. L'un des

critères diagnostiques du diabète repose sur une valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) de 6,5 % et plus. L'état de prédiabète est atteint lorsque l'HbA_{1c} se situe entre 6 et 6,4 % (Eko et al., 2018). Le dosage de l'HbA_{1c} est une mesure de laboratoire se basant sur un processus lent de glycolisation de l'hémoglobine dans les hématies au contact du glucose sanguin. Il permet une mesure moyenne de la glycémie sur les 120 jours de la durée de vie des globules rouges. Toutefois, en présence d'une maladie hématologique (p. ex. : drépanocytose, anémie hémolytique) affectant la durée de vie des hématies, le résultat du dosage de l'HbA_{1c} n'est pas toujours fiable. De même, des transfusions récentes ou une chirurgie chez un patient souffrant d'anémie altéreront la fiabilité de l'HbA_{1c} en raison d'un processus de glycolisation non complété. L'HbA_{1c} est une mesure recommandée pour tous les adultes de plus de 40 ans et devrait être effectuée tous les trois ans (Eko et al., 2018).

COMPLICATIONS DU DIABÈTE

Les complications du diabète sont de deux ordres (Eko et al., 2018) :

Macrovasculaires : maladie cardiovasculaire (risque de mortalité ou d'hospitalisation trois à quatre fois plus élevé), AVC, MVAS; première cause d'amputation.

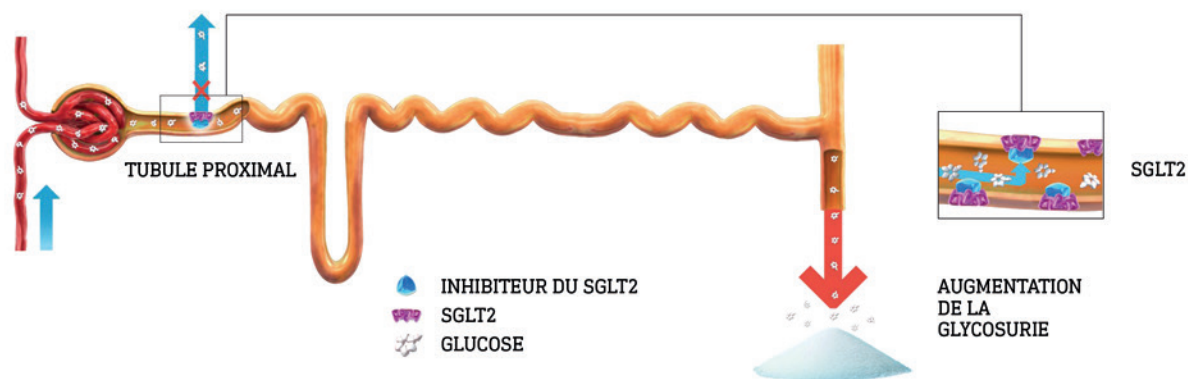
Microvasculaires : rétinopathies, néphropathies (première cause d'insuffisance rénale terminale), névralgie, neuropathie diabétique (pied de Charcot), dysfonction érectile.

Tableau 1
CIBLES POUR UN CONTRÔLE GLYCÉMIQUE : HÉMOGLOBINE GLYQUÉE (HBA_{1c})

HBA _{1c} (%)	PARTICULARITÉS
≤ 7 %	Pour la plupart des personnes atteintes de diabète de type 2.
≤ 6,5 %	Pour certaines personnes, dans le but de réduire davantage leur risque de rétinopathie et de néphropathie. Le bénéfice doit être soupesé en fonction du risque hypoglycémique.
7,1 à 8,5 %	Pour certaines personnes pour lesquelles un traitement moins agressif est souhaité (espérance de vie limitée, niveau élevé de dépendance fonctionnelle, maladie coronarienne importante associée à un risque élevé d'événement ischémique, comorbidités multiples, hypoglycémies non ressenties, hypoglycémies graves à répétition, diabète de longue date et difficulté à atteindre un taux d'HbA _{1c} ≤ 7 % malgré des doses efficaces de plusieurs antihyperglycémifiants et l'utilisation d'une insuline basale, personnes âgées fragiles).

Source : INESSS, 2016.

Figure 1
MÉCANISME D'ACTION DES INHIBITEURS DU SGLT2



Source : tiré de <http://www.diabetologists-abc.org.uk/n3/dapagliflozin.jpg>

Des analyses épidémiologiques indiquent que des taux d'HbA_{1c} supérieurs à 7 % sont associés à une augmentation significative du risque de complications microvasculaires et macrovasculaires. Chaque baisse (absolue) de 1 % du taux moyen d'HbA_{1c} est associée à une diminution de 37 % du risque de complications microvasculaires, de 14 % de la survenue d'infarctus du myocarde et de 21 % des décès attribuables au diabète (Stratton et al., 2000). Dans cette optique, la maîtrise rigoureuse de la glycémie visant des taux d'HbA_{1c} ≤ 7 % est un aspect fondamental d'une prise en charge efficace de la maladie (Imran et al., 2018).

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) recommande de viser l'atteinte de certaines cibles glycémiques chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 (Tableaux 1 et 2). Cette approche a démontré des effets bénéfiques marqués en contribuant à diminuer la fréquence et la progression des complications microvasculaires. En outre, instaurée dès le début de la maladie, elle peut aussi avoir potentiellement des effets favorables sur la prévention des complications macrovasculaires (Gerstein et al., 2008). Ainsi, il importe d'adopter une approche multifactorielle visant des changements au mode de vie : interventions nutritionnelles, contrôle du poids, activité physique, contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire associés (cible de tension artérielle visée < 130/80 mmHg, traitement de la dyslipidémie selon les recommandations, cessation tabagique, consommation d'alcool modérée, gestion du stress) et traitement pharmacologique.

L'objectif principal des thérapies hypoglycémiantes vise la baisse de l'HbA_{1c}. Or, il faut se rappeler que la prise en charge du patient comporte un objectif secondaire, soit la perte de poids. À cela s'ajoute le fait que depuis 2008, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis oblige l'inclusion d'analyses d'innocuité sur le risque cardiovasculaire dans les études portant sur les thérapies hypoglycémiantes. Cette mesure a été prise dans le but d'éviter les risques observés dans le passé avec les thiazolidinediones (notamment un risque accru d'insuffisance cardiaque).

MÉCANISME D'ACTION DES INHIBITEURS DU SGLT2

Ces médicaments à prise orale une fois par jour ont un mécanisme hypoglycémiant unique sans effet sur la sécrétion d'insuline. Ils ne provoquent donc pas directement d'hypoglycémie. La classe des inhibiteurs du SGLT2 compte trois médicaments à ce jour, soit l'empagliflozine (Jardiance^{MD}), la canagliflozine (Invokana^{MD}) et la dapagliflozine (Forxiga^{MD}).

Le mécanisme d'action des inhibiteurs du SGLT2 (Figure 1) s'appuie sur les deux concepts suivants :

- Le glucose est excrété par le rein et réabsorbé dans le tubule proximal par les cotransporteurs SGLT1 et SGLT2, responsables respectivement de 10 % et de 90 % de cette réabsorption.
- Chez le sujet diabétique, lorsque la glycémie atteint un seuil d'environ 11 mmol/L, la quantité de glucose excrétée est tellement importante qu'elle sature les cotransporteurs, qui ne peuvent suffire pour une réabsorption complète, laissant s'excréter le trop-plein de glucose dans l'urine (glycosurie) (Encadré 1).

Les personnes diabétiques sont exposées à un risque trois fois plus élevé que la population générale d'être hospitalisées en raison d'une maladie cardiovasculaire, 12 fois plus élevé d'être hospitalisées pour une maladie rénale au stade terminal et 20 fois plus élevé d'être hospitalisées à cause d'une amputation non traumatique d'un membre inférieur.

Tableau 2
CIBLES POUR UN CONTRÔLE GLYCÉMIQUE : GLYCÉMIES CAPILLAIRES

GLYCÉMIES CAPILLAIRES	PARTICULARITÉS
4 à 7 mmol/L	Préprandiale (AC) *
5 à 10 mmol/L	2 heures postprandiale (PC)
5 à 8 mmol/L	2 heures postprandiale (PC) : si la cible de l'HbA _{1c} n'est pas atteinte

* Glycémies capillaires préprandiales (AC) pour les personnes âgées fragiles : 5 à 12 mmol/L.
Source : INESSS, 2016.



L'excès de glucose plasmatique chez la personne diabétique peut provoquer diverses complications, dont la rétinopathie diabétique (première cause de cécité), les néphropathies, l'infarctus du myocarde ainsi que les neuropathies.

L'inhibition du cotransporteur de réabsorption du glucose et de sodium dans le tube contourné proximal rénal, appelé SGLT2, aura pour effet d'abaisser à 6 mmol/L environ le seuil d'excrétion du glucose dans l'urine (Jung, Jang et Park, 2014), ce qui entraînera la glycosurie plus précocement. En-deçà du seuil de 6 mmol/L, le phénomène d'inhibition du SGLT2 n'étant pas assez puissant, le glucose sera intégralement réabsorbé et le médicament demeurera sans effet. Les inhibiteurs du SGLT2 seuls ne provoquent donc pas d'hypoglycémie, sauf s'ils sont combinés à des médicaments qui, eux, peuvent en occasionner.

En résumé, ces médicaments entraînent une perte de glucose et d'eau dans l'urine en abaissant le seuil d'excrétion rénale du glucose. Cette déplétion volémique permet de diminuer la pression artérielle de 4 mmHg environ, mais peut aussi occasionner certains effets secondaires, comme une hypotension orthostatique, un état de déshydratation ou de l'insuffisance rénale (Neal et al., 2017; Zinman et al., 2015). La perte de glucose peut atteindre en moyenne 80 à 100 g par jour (300-400 Kcal), ce qui, selon certaines études, correspond à une perte d'environ 2 kg en trois ans (Neal et al., 2017; Zinman et al., 2015).

Encadré 1

EFFETS BÉNÉFIQUES DES INHIBITEURS DU SGLT2

- Glycosurie : élimination du glucose et du sodium dans l'urine (effet diurétique)
- Diurèse pouvant favoriser la diminution des épisodes d'insuffisance cardiaque congestive
- Diminution de la mortalité cardiovasculaire et des hospitalisations pour cause d'insuffisance cardiaque.
- Baisse de la glycémie sans engendrer d'hypoglycémie directe (sauf si pris avec des médicaments causant une hypoglycémie)
- Baisse de la HbA_{1c} de 0,6 % en moyenne
- Perte de poids d'environ 2 kg en moyenne
- Baisse de la pression artérielle systolique de 4 mmHg en moyenne
- Protection rénale en réduisant l'albuminurie et ralentissement de la dégradation de la fonction rénale

Source : adaptation de Neal et al., 2017.

EFFETS SECONDAIRES

Infections urogénitales

La glycosurie favorisant le développement des bactéries des voies urogénitales, l'un des effets secondaires des médicaments de la classe des inhibiteurs du SGLT2 se manifeste par une augmentation du risque d'infections urogénitales, particulièrement chez la femme (Neal et al., 2017; Zinman et al., 2015) (**Encadré 2**). En outre, cette perte de glucides étant analysée par l'organisme comme un état de jeûne, elle induit une production accrue de corps cétoniques (produit de la dégradation des graisses). Bien que toxiques pour l'organisme, les corps cétoniques sont utilisés comme substrat énergétique par le cerveau et représentent une source d'énergie privilégiée du cœur et des reins (Bell et Yellon, 2018; Neal et al., 2017; Zinman et al., 2015).

Acidocétose diabétique

Bien que rare, l'acidocétose diabétique euglycémique est un autre effet secondaire des inhibiteurs du SGLT2 (Neal et al., 2017; Zinman et al., 2015). Elle peut survenir si les besoins en insuline de l'organisme dépassent l'insuline disponible. Ainsi, certaines maladies, comme une infection, en induisant une augmentation du métabolisme basal, entraînent des besoins accrus en insuline. En général, lors d'un stress physiologique induit par une maladie, la glycémie augmente pour fournir le glucose nécessaire aux besoins. L'augmentation de la glycémie stimule le pancréas à produire plus d'insuline afin de maintenir une glycémie stable. Les inhibiteurs du SGLT2 ne stimulent pas directement la sécrétion d'insuline, mais utilisent une voie indépendante pour éliminer le glucose sanguin. Comme on l'a vu, celui-ci est éliminé par les reins dans l'urine, ce qui normalise la glycémie sans que le pancréas soit sollicité. Les besoins en insuline de l'organisme pour répondre à une demande d'énergie supplémentaire n'étant pas comblés, l'organisme active la néoglucogénèse (synthèse du glucose) en permanence, ce qui contribue à l'augmentation des corps cétoniques dans le sang. Cette cétonémie provoquera une acidification du sang, empêchant les réactions chimiques normales tout en occasionnant une excrétion anormale d'électrolytes dans l'urine.

Encadré 2

EFFETS INDÉSIRABLES DES INHIBITEURS DU SGLT2

- Hypotension, hypotension orthostatique
- Déshydratation, insuffisance rénale aiguë
- Pollakiurie, polyurie, nycturie
- Infections des voies urogénitales
- Risque de fracture possible (canagliflozine)
- Risque accru d'amputation des membres inférieurs, principalement les orteils (canagliflozine)
- Acidocétose diabétique euglycémique

Source : adaptation de Neal et al., 2017.

L'acidocétose diabétique est potentiellement mortelle. Complication vue normalement chez les diabétiques de type 1 dont les seuils de glycémie sont alors très élevés (puisque le pancréas ne produit pas d'insuline pour normaliser la glycémie), elle se manifeste différemment chez le patient diabétique de type 2 en raison du mécanisme d'action des inhibiteurs du SGLT2 favorisant l'élimination du glucose dans l'urine. La glycémie demeure donc près de la normale, ou euglycémique, ce qui peut induire le clinicien en erreur. Cliniquement, l'acidocétose diabétique se manifeste notamment par de la nausée, des vomissements et une hyperventilation (haleine typique de pomme verte ou de solvant à ongle). Les signes précurseurs se traduisent par une perte de poids très rapide (due à la néoglucogénèse à partir des réserves en graisses), une polyurie, une polydipsie et de la déshydratation. Si l'état du patient se détériore, il peut en résulter une altération de l'état cognitif et une léthargie allant jusqu'au coma.

En présence de symptômes d'acidocétose diabétique au domicile (même en présence d'une glycémie normale), il est important de procéder à un dosage des corps sanguins cétoniques

Tableau 3
ÉTUDES AYANT MENÉ À L'HOMOLOGATION DE TROIS INHIBITEURS DU SGLT2

	EMPA-REG	PROGRAMME CANVAS	DECLARE-TIMI 58
Médicament à l'étude	Empagliflozine	Canagliflozine	Dapagliflozine
Population	Diabétiques de type 2 Antécédents de maladies cardiovasculaires (prévention secondaire) : 99 % Infarctus 47% Maladie coronarienne prouvée 47 % Pontages aorto-coronariens 25 % Insuffisance cardiaque 10 % DFGe > 30 ml/min	65,6 % prévention secondaire 33,4 % prévention primaire 14 % insuffisance cardiaque DFGe > 30 ml/min	40 % en prévention secondaire 60 % en prévention primaire, mais présentant au moins un facteur de risque de maladie cardiovasculaire DFGe > 60 ml/min
Âge moyen des patients	63 ans	63 ans	63 ans
Nombres de patients	7 020	10 142	17 160
Objectifs primaires	1. Diminution du risque de décès cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde ou d'AVC non fatal	1. Diminution du risque de décès cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde ou d'AVC non fatal	1. Diminution du risque de décès cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde ou d'AVC non fatal 2. Diminution du risque de mortalité cardiovasculaire et hospitalisation pour insuffisance cardiaque
Taux d'HbA _{1c} avant l'étude	8,5 %	8,3 %	8,3 %
Durée	3,1 ans	3,6 ans	4,2 ans
Résultats primaires	↓ 14 % de l'objectif primaire ↓ 38 % de la mortalité cardiovasculaire ↓ 35 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque ↓ 32 % de la mortalité toutes causes confondues	↓ 14 % de l'objectif primaire ↓ 13 % de la mortalité cardiovasculaire ↓ 33 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque	↓ des objectifs primaires : • 1 ^{er} objectif : ↓ 7 % (non-significatif) • 2 ^e objectif : ↓ 14 % Neutralité décès cardiovasculaire ↓ 27 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque ↓ 7 % de la mortalité toutes causes confondues (non significatif)
Effets sur la fonction rénale	↓ 40 % de la détérioration de la fonction rénale par rapport au placebo	↓ 40 % de la détérioration de la fonction rénale par rapport au placebo	↓ 47% de la détérioration de la fonction rénale par rapport au placebo
Observation clinique après 12 semaines	↓ 0,6 % de l'HbA _{1c}	↓ 0,6 % de l'HbA _{1c}	↓ 0,4 % de l'HbA _{1c}

Légende : AVC : accident vasculaire cérébral; DFGe : débit de filtration glomérulaire; HbA_{1c}: hémoglobine glyquée.

Sources : Bell et Yellon, 2018; Wiviott et al., 2019; Zinman et al., 2015.

(avec bandelette de dosage de cétone ou bandelette urinaire). À l'urgence, il est important de faire un dosage des corps cétoniques, des électrolytes et du pH sanguin, en plus de mesurer la glycémie. Le traitement passe par une correction du pH et des électrolytes ainsi que par l'administration d'insuline par voie intraveineuse. L'apport d'un soluté de glucose par voie intraveineuse pourrait être nécessaire malgré l'état euglycémique du patient. Afin de prévenir cette complication, il est important d'informer le patient sur les précautions à prendre si on lui a prescrit un inhibiteur du SGLT2. Il veillera, par exemple, à interrompre son traitement en cas de nausées ou de fièvre (**Encadré 3**).

ÉTUDES

Trois études de grande envergure ont mené à l'homologation des inhibiteurs du SGLT2 aujourd'hui disponibles au Canada (**Tableau 3**). La majorité des patients inscrits dans ces études prenaient un ou plusieurs médicaments recommandés dans le traitement des maladies cardiovasculaires (hypolipédémiant, antiagrégant plaquettaire, bêta bloquant, inhibiteur du système rénine-angiotensine-aldostérone (p. ex. : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine). Un nombre significatif de ces patients vivaient avec le diabète de type 2 depuis plus de 10 ans. Les résultats démontrent que les bienfaits obtenus sur la diminution de la mortalité cardiovasculaire s'expliquent par la population étudiée. Dans l'étude EMPA-REG, la presque-totalité des patients avaient une maladie cardiovasculaire avérée (prévention secondaire). Dans les études CANVAS et DECLARE-TIMI, 65 % et 40 % des patients respectivement étaient en prévention secondaire.

Des études sur des sous-groupes de patients tendent à démontrer un bénéfice de 18 % sur la diminution de la mortalité cardiovasculaire avec les inhibiteurs du SGLT2 chez les patients en prévention secondaire, comparativement à un bienfait de 2 % chez les patients en prévention primaire.

Le Programme CANVAS, comme l'étude EMPA-REG, suggère ainsi que les patients en prévention secondaire sont les plus susceptibles d'obtenir des bénéfices des inhibiteurs du SGLT2 sur le plan de la prévention de la mortalité cardiovasculaire.

L'étude DECLARE-TIMI 58 diffère en ce sens. Même si elle a été menée chez des patients ayant des antécédents d'athérosclérose, elle comprenait aussi un grand groupe de patients sans antécédent de maladie cardiovasculaire ou n'ayant qu'un seul facteur de risque cardiovasculaire, comme la dyslipidémie, le tabagisme ou l'hypertension artérielle. Cette étude a tout de même permis d'obtenir des résultats plutôt favorables à l'un des objectifs principaux de l'étude, qui touchait l'évaluation de la diminution du risque de mortalité cardiovasculaire et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque. Le résultat obtenu est surtout fonction de la diminution d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. Il faut souligner que l'étude EMPA-REG et le Programme CANVAS comprenaient des patients à la clairance rénale plus basse (jusqu'à 30 ml/min), ce qui pouvait indiquer un fardeau de comorbidités plus important. Néanmoins, ces trois études démontrent une diminution notable de la détérioration de la fonction rénale dans la population étudiée, permettant de poser l'hypothèse d'une protection rénale des iSGLT2.

Malgré ces bienfaits, la canagliflozine n'est pas exempte d'effets secondaires. Elle peut occasionner notamment une augmentation du risque de fracture, un risque qui n'a pas été observé dans le cas des deux autres molécules. Une étude portant précisément sur l'évaluation du risque de fracture des inhibiteurs du SGLT2 permettrait d'approfondir les connaissances à ce propos. En outre, le risque d'amputation (généralement au niveau des orteils) a été deux fois plus élevé chez les patients traités avec la canagliflozine.

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation en soins des pieds

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

Formation pour débutants

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

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISQP

SURPIED

Formations avancées en soins des pieds

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

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

Prochains cours :

INTENSIF
30 septembre 2019

ACCÉLÉRÉ
10 septembre 2019

HEBDOMADAIRE
12 septembre 2019



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

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



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



WWW.SURPIED.COM

INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197

Encadré 3

PRÉCAUTIONS, CONTRE-INDICATIONS ET ENSEIGNEMENT AU PATIENT

- Devrait être arrêté entre deux et trois jours avant une procédure chirurgicale pour éviter des effets secondaires.
- Attention au risque d'insuffisance rénale aiguë en association avec certains médicaments ayant des effets néphrotoxiques, comme les diurétiques, les inhibiteurs de la néprilysine/antagoniste des récepteurs AT1 de l'angiotensine II (EntrestoMD), les inhibiteurs de l'angine de conversion de l'angiotensine, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II et les anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Attention au risque d'hypotension; enseigner les précautions permettant de diminuer ce risque.
- Lors de périodes de jeûne prolongé (pour des raisons culturelles, médicales ou personnelles), envisager de suspendre le traitement aux inhibiteurs du SGLT2 si risque de déshydratation.
- Ne pas prendre lorsque l'on est malade (nausée, vomissement, diarrhée ou fièvre); suspendre le traitement et reprendre à la résolution des symptômes.
- Apprendre, de concert avec sa famille immédiate, comment gérer l'acidocétose diabétique; procéder au dosage de la cétonémie grâce à l'enseignement de l'infirmière.
- Afin de diminuer le risque d'infection urogénitale, apprendre les mesures d'hygiène appropriées; les patients à risque d'infections urogénitales pourraient se voir prescrire des antifongiques ou des antibiotiques.
- Contre-indiqué si DFGe < 30 mL/min.

Source : adaptation de Neal et al., 2017.

Les patients souffrant d'une maladie vasculaire athérosclérotique sous canagliflozine exigent donc une surveillance clinique étroite. On pourrait privilégier l'empagliflozine ou la dapagliflozine chez ces patients.

En résumé, ces études démontrent clairement une diminution des hospitalisations pour insuffisance cardiaque ainsi que des décès de nature cardiovasculaire, tout en assurant une protection contre la détérioration rénale. L'impact sur l'HbA_{1c} est peu intéressant. Il est donc possible d'affirmer que les médicaments de cette classe thérapeutique, s'ils sont prescrits en prévention secondaire à des patients diabétiques de type 2, permet une protection cardiovasculaire (diminution des décès de nature cardiovasculaire et prévention des hospitalisations pour insuffisance cardiaque) – des bénéfices qui se manifestent tôt après le début du traitement –, et non pour un meilleur contrôle du diabète. Les résultats obtenus indiqueraient un effet de classe des inhibiteurs du SGLT2.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

L'infirmière a plusieurs rôles essentiels dans l'accompagnement et le suivi du patient diabétique. Trois activités réservées de l'infirmière sont à l'avant-scène :

- évaluer la condition physique et mentale de la personne symptomatique;
- effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;

- 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.

On sait que la modification des habitudes de vie représente la première action dans la prise en charge de la maladie. L'un des rôles de l'infirmière consiste à enrichir les connaissances du patient sur la physiopathologie de sa maladie, tout en favorisant des changements d'habitudes de vie. Elle participe ainsi au développement ou à l'adaptation d'outils cliniques éducatifs visant des changements de comportements du patient. Elle peut également ajuster le traitement pharmacologique lorsqu'il fait l'objet d'une ordonnance. De ce fait, elle participe à l'atteinte des cibles glycémiques identifiées. Le lien thérapeutique qu'elle établit avec le patient permet d'obtenir une multitude d'informations importantes sur l'histoire médicale du patient. De plus, lorsque le traitement pharmacologique est débuté, elle évalue l'état de santé du patient et contribue à promouvoir une évolution de santé favorable. La surveillance clinique qu'elle exerce lui permet d'identifier et de prévenir les effets secondaires des médicaments.

En outre, elle assure la coordination de l'équipe de soins et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire. Elle identifie, pour les patients diabétiques, les besoins et les interventions

Bien que rare, l'acidocétose diabétique euglycémique est un autre effet secondaire des inhibiteurs du SGLT2.

**formation continue**

Les **formations OIIQ** : conçues spécifiquement pour la pratique clinique infirmière

> formations en salle

> formations en ligne

> articles-questionnaires

Découvrez-les sur oiiq.org/formation

nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre les différents établissements ou organismes du milieu, puisque les patients atteints de diabète peuvent nécessiter un suivi conjoint (p. ex. : en néphrologie ou en cardiologie).

CONCLUSION

Les inhibiteurs du SGLT2 ouvrent de nouvelles avenues dans la gestion du diabète. Les effets bénéfiques sur la diminution de la mortalité cardiovasculaire à long terme et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque sont particulièrement intéressants chez les patients diabétiques de type 2 souffrant d'une maladie cardiovasculaire concomitante. Les études EMPA-REG, CANVAS Program et DECLARE-TIMI 58 se sont appuyées sur des suivis de plus de trois ans. Les bienfaits cardiaques observés n'ont pas été les mêmes dans toutes ces études, ce qui peut s'expliquer par le fait que le niveau de risque cardiovasculaire des patients inscrits dans ces trois études n'était pas le même pour les trois études. Retenons que les bienfaits obtenus avec les inhibiteurs du SGLT2 sont plus élevés chez les patients diabétiques de type 2 aux antécédents cardiaques avérés et qu'ils sont modestes chez ceux qui ne présentent pas de maladie cardiovasculaire. L'effet néphroprotecteur vu dans ces études a aussi été observé dans la récente étude CREDENCE (sur la canagliflozine) (Perkovic et al., 2019). En outre, comme les statines, ces agents antidiabétiques semblent avoir des effets pléiotropiques.

Les médicaments de la classe des inhibiteurs du SGLT2 ont réussi à susciter l'intérêt de la communauté médicale et en particulier des endocrinologues, néphrologues et cardiologues. Ces molécules semblent démontrer un facteur de protection sur le système cardiovasculaire par un effet de classe propre aux inhibiteurs du SGLT-2. Néanmoins, les mécanismes d'action concernant leurs bienfaits cardiovasculaires et rénaux restent à éclaircir. ●

LES AUTEURS

JEAN-DOMINIC RIOUX
IPPSA

Infirmier praticien spécialisé (IPS) en soins aux adultes (cardiologie) au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et chercheur clinique au Centre de recherche du CHUM. Précepteur clinique auprès des étudiantes IPSSA de l'Université de Montréal. Membre du comité scientifique du symposium annuel de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque et membre du comité consultatif 2019 sur les dyslipidémies de l'INESSS. Responsable du comité Vision C+ de la Société québécoise d'insuffisance cardiaque, visant la mise en place d'un logiciel pan-provincial pour le suivi des patients insuffisants cardiaques en établissement. Conférencier pour Servier et Novartis et consultant clinique pour Novartis.

FRANÇOIS-ADRIEN DUVAUCHELLE
IPSSA

Infirmier praticien spécialisé (IPS) en soins aux adultes (cardiologie), il pratique au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et chercheur clinique au Centre de recherche du CHUM.

Révision scientifique
JENIFER YEE
Pharm. D., M. Sc.

Pharmacienne au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).



FORMATIONS OIIQ SUR LE DIABÈTE

Technique d'injection et sécurité dans le traitement du diabète : oiiq.org/injection

Généralités et traitement pratique du diabète de type 2 en soutien aux infirmières de première ligne : oiiq.org/diabete2



Akira réimagine les soins de santé au Canada.

Les membres d'Akira peuvent consulter nos cliniciens virtuellement quand et où ils en ont besoin - 24h sur 24h, 7 jours sur 7 - par messagerie texte ou vidéo.



Rejoignez-vous à notre équipe dynamique et travaillez quand vous pouvez, où que vous soyez.

Nous sommes à la recherche d'infirmier(ère)s et d'infirmier(ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s.

Intéressé? Faites nous signe à bonjour@akirahealth.ca

Les infirmières qui exercent en télépratique au sein d'une entreprise de télésoins le font en conformité avec la législation applicable en matière d'usage des technologies de l'information et sont assujetties aux lois, règlements et codes de déontologie régissant la profession dans la province ou le territoire dans lequel elles posent l'acte et ceux régissant la profession dans la province ou le territoire où se trouve le client au moment de la consultation à distance. // À l'embauche, l'infirmière reçoit une formation sur les normes de pratique de la télépratique, notamment sur la confidentialité de la séance, sur les protocoles en cas d'urgence, la fiabilité des appareils ou autres application mobiles, l'interopérabilité des applications ou logiciels avec les systèmes utilisés ainsi que sur la sécurité des données. // L'infirmière qui exerce en télépratique est soumise aux mêmes exigences et normes de pratique, aux mêmes devoirs et obligations déontologiques que lors d'une consultation en personne. Elle demeure responsable des actes qu'elle pose et engage sa responsabilité professionnelle. La consultation virtuelle n'est envisageable que lorsqu'aucune évaluation et examen physique n'est nécessaire. // Dans l'éventualité où l'infirmière est appelée à pratiquer des interventions à distance dans d'autres provinces ou territoires qui le requiert, elle devra obtenir, à la demande et aux frais de l'entreprise de télésoins, un permis d'exercice dans ces autres provinces ou territoires.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2011). «Le diabète au Canada – Perspective de santé publique sur les faits et chiffres». Ottawa, ON: ASPC. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/index-fra.php>
- Association canadienne du diabète. (2013). «Lignes directrices de pratique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada». Canadian Journal of Diabetes, 37(Suppl. 5).
- Bell, R. M. et Yellon, D. M. (2018). «SGLT2 inhibitors: Hypotheses on the mechanism of cardiovascular protection». Lancet/Diabetes & Endocrinology, 6(6), 435-437.
- Ehrenkranz, J. R., Lewis, N. G., Kahn, C. R. et Roth, J. (2005). «Phlorizin: A review». Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 21(1), 31-38.
- Eko, J. M., Goldenberg, R., Katz, P. et Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). «Screening for diabetes in adults». Canadian Journal of Diabetes, 42, S16-S19.
- Gerstein, H. C., Miller, M. E., Byington, R. P., Goff, D. C., Bigger, J. T., Buse, J. B., ... Friedewald, W. T. (2008). «Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes». New England Journal of Medicine, 358(24), 2545-2559.
- Imran, S. A., Agarwal, G., Bajaj, H. S., Ross, S. et Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. (2018). «Targets for glycemic control». Canadian Journal of Diabetes, 42, S42-S46.
- Institut national d'excellente en santé et en services sociaux. (2016). «Protocole médical – Diabète». Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associées/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associées/diabete.html>
- Jung, C. H., Jang, J. E. et Park, J. Y. (2014). «A novel therapeutic agent for type 2 diabetes mellitus: SGLT2 inhibitor». Diabetes & Metabolism Journal, 38(4), 261-273.
- Neal, B., Perkovic, V., Mahaffey, K. W., de Zeeuw, D., Fulcher, G., Erondu, N., ... Matthews, D. R. (2017). «Canagliflozin and cardiovascular and renal events in type 2 diabetes». New England Journal of Medicine, 377(7), 644-657.
- Perkovic, V., Jardine, M. J., Neal, B., Bompoint, S., Heerspink, H. J. L., Charytan, D. M., ... Capuano, G. (2019). «Canagliflozin and renal outcomes in type 2 diabetes and nephropathy». New England Journal of Medicine, 380, 2295-2306. Repéré à <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1811744>
- Statistique Canada. (2012). «L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents: résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011». Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2012003/article/11706-fra.htm>
- Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., ... Holman, R. R. (2000). «Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): Prospective observational study». British Medical Journal, 321, 405-412.
- U.S. Food and Drug Administration. (2008). «Guidance for industry—Diabetes mellitus—Evaluating cardiovascular risk in new antidiabetic therapies to treat type 2 diabetes». Repéré à <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/ucm071627.pdf>
- Wiviott, S. D., Raz, I., Bonaca, M. P., Mosenzon, O., Kato, E. T., Cahn, A., ... Sabatine, M. S. (2019). «Dapagliflozin and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes». The New England Journal of Medicine, 380(4), 347-357.
- Zinman, B., Wanner, C., Lachin, J. M., Fitchett, D., Bluhmki, E., Hantel, S., ... Inzucchi, S. E. (2015). «Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes». New England Journal of Medicine, 373(22), 2117-2128.

PRIX
FLORENCE 2019

L'EXPERTISE ET LES VALEURS INFIRMIÈRES À L'HONNEUR



La Soirée Florence qui s'est déroulée le 1^{er} mai dernier au marché Bonsecours, dans le Vieux-Montréal, a rendu hommage de belle façon à huit membres de l'OIIQ – sept infirmières et un infirmier – profondément engagés dans l'avancement de la profession et de leur propre développement professionnel, pour le plus grand bénéfice des patients et de leur famille. Autour des lauréats d'un prix Florence, plus de 450 invités sont venus applaudir leur contribution unique.

« Je sais toute la signification que prend cette soirée », a souligné en ouverture Luc Mathieu, président de l'OIIQ, lui-même lauréat d'un prix Florence (en 2004). « L'appui de mes pairs et la reconnaissance offerte par mon ordre professionnel m'ont donné un véritable élan! »

LES LAURÉATS
FLORENCE 2019

De gauche à droite, première rangée : Line Tremblay, présidente de la Fondation de l'OIIQ, Bich-Lien Nguyen (relève), Dominique Tremblay (enseignement et recherche en sciences infirmières), Valérie Dancause (pratique collaborative), Line Beaudet (excellence des soins) et Luc Mathieu, président de l'OIIQ. Deuxième rangée : Michel Fontaine (engagement professionnel), Patricia Germain (promotion de la santé), Louise Robinette (leadership), Jacinthe Pepin (Rayonnement international) et Catherine A. Décarie, vice-présidente associée, TD Assurance.



L'événement de cette année avait pour thème la confiance. « On gagne à se faire confiance et à miser sur le dépassement de soi, à travailler en synergie avec nos collègues et collaborateurs, et à influencer positivement les milieux dans lesquels nous exerçons en mettant en valeur nos expertises », a fait valoir Luc Mathieu. Le président de l'OIIQ a également insisté sur l'importance pour les infirmières, « devant nos défis grandissants », d'oser prendre la parole et d'occuper pleinement toute l'étendue du champ d'exercice infirmier pour assumer une identité professionnelle forte.

Nul doute qu'en la matière les lauréats Florence sont des modèles inspirants!

« Les lauréats des prix Florence vivent l'engagement envers l'amélioration constante des soins, non seulement dans nos communautés, mais partout dans le monde. Au nom de TD Assurance, fière partenaire de l'OIIQ depuis 1998, c'est un honneur de célébrer leurs réalisations et immenses contributions. »

CATHERINE A. DÉCARIE
Vice-présidente associée
Marché de l'affinité
TD Assurance





L'animation de la Soirée Florence a été confiée à Rebecca Makonnen, entourée pour la partie musicale d'Ariane Moffatt, de Martin Léon et de Patrice Michaud.



L'OIIQ remercie ses partenaires TD Assurance, La Capitale assurances générales, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, la Banque Nationale, l'agence Cartier, Rogers, White Cross, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la CSN, l'agence Tink et Raymond Chabot Grant Thornton pour le soutien financier accordé à la tenue de la Soirée Florence.





POUR S'INSPIRER ET APPRENDRE DES LAURÉATES ET DU LAURÉAT FLORENCE 2019!

- Lire ou relire leurs portraits dans le numéro de mai-juin 2019.
- Visionner sur oiiq.org les vidéos dans lesquelles elles s'expriment sur les façons de gagner en confiance comme infirmières et sur l'identité professionnelle.

UN CONCEPT ÉCLATÉ POUR LA SOIRÉE FLORENCE 2020!

L'année 2020 marquera le 100^e anniversaire de l'OIIQ. Pour l'occasion, la Soirée Florence revêtira des allures de grande fête. L'invitation à venir célébrer en grand nombre le 12 mai 2020 est lancée à tous les membres de la profession. En outre, les infirmières et infirmiers sont conviés à soumettre des candidatures aux prix Florence afin de reconnaître le travail exceptionnel de collègues représentant, à leurs yeux, une source d'inspiration, notamment dans les soins directs à la clientèle.

LES LAURÉATS

RELÈVE

1. Bich-Lien Nguyen, inf., M. Sc. inf., M. Sc. recherche en sciences de la santé, D.E.S.S (soins de première ligne)
Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne au GMF-R Azur – CISSS de la Montérégie-Centre

PROMOTION DE LA SANTÉ

2. Patricia Germain, inf., Ph. D.
Professeure au Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières
Chercheuse au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

3. Dominique Tremblay, inf., Ph. D.
Professeure agrégée, École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke – Campus Longueuil
Chaire sur l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins aux personnes atteintes de cancer
Directrice adjointe, Programmes de recherche en sciences de la santé, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke

EXCELLENCE DES SOINS

4. Line Beudet, inf., Ph. D.
Conseillère senior en soins spécialisés et en recherche clinique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Chercheuse régulière, Carrefour de l'innovation, Centre de recherche du CHUM (CRCHUM)
Professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

LEADERSHIP

5. Louise Robinette, inf., M. Sc. inf.
Directrice adjointe des soins infirmiers (de 2009 à février 2019), CHU Sainte-Justine
Consultante en développement des compétences des professionnels en soins infirmiers

PRATIQUE COLLABORATIVE

6. Valérie Dancause, inf., B. Sc., ICS-PCI, M.A.P.
Adjointe à la Direction des soins infirmiers – Programme de prévention et contrôle des infections
CHU de Québec – Université Laval

ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

7. Michel Fontaine, inf. à la retraite, B. Sc. inf., D.D.S., M.A.P.
Conseiller spécial de la ministre et du sous-ministre du MSSS

RAYONNEMENT INTERNATIONAL

8. Jacinthe Pepin, inf., Ph. D.
Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Directrice du Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI)

SOUTENIR DES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES NOVATRICES

Tous les fonds recueillis dans le cadre de la Soirée Florence, grâce notamment à la vente des billets et à un encan silencieux, soit la somme de **110 000 \$**, ont été remis à la Fondation de l'OIIQ. Sa mission est de promouvoir l'intérêt et l'avancement des sciences infirmières et des soins infirmiers en permettant à des projets cliniques infirmiers novateurs d'avoir un plus grand impact sur la population et la clientèle.

En 2019, la Fondation de l'OIIQ a soutenu le CIUSSS de l'Estrie – CHUS dans l'implantation d'une intervention de soins infirmiers centrée sur le rôle des infirmières de proximité et des IPS en soins de première ligne auprès des clientèles vulnérables de deux quartiers de Sherbrooke comptant une proportion importante de personnes réfugiées. La Fondation a aussi apporté son appui financier à l'organisme Le Phare, première maison de soins palliatifs pédiatriques du Québec. Le Phare accueille les enfants de 0 à 18 ans atteints d'une maladie grave à issue fatale, dans un environnement qui répond à leurs besoins de façon personnalisée. Les infirmières du Phare occupent un rôle central dans ces services.

LA FONDATION DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC REMERCIE TOUS LES PARTENAIRES QUI ONT PARTICIPÉ À L'ENCAN SILENCIEUX LORS DE LA SOIRÉE FLORENCE 2019.

Anne-Marie Chagnon
Auberge de la Fontaine
Banque Nationale
Baraka Massothérapie
Bijouterie Said
Bistro 360
Bota Bota, spa-sur-l'eau
C3 Hôtel Art de Vivre
Caffitaly-Belluci
Caracol
Centre du Théâtre
d'Aujourd'hui

Cook it
Daniel Parent
massothérapeute agréé
Édyth Généreux,
artiste peintre
Embassy suites by Hilton
Eye Am soins oculaires
- Angus
Fairmont Le Reine
Elizabeth
Hôtel Château Laurier
Québec

Hôtel Clarendon
Hôtels Gouverneur
Idoine - Produits
biocosmétiques
Institut capillaire
Louise Morisset
Jean Coutu -
2505, boulevard Rosemont
Josée Trudel, artiste
peintre
La Capitale Assurances
générales

L'Assommoir
Vieux-Montréal
Le Monastère des
Augustines
Le Westin Montréal
Les Alouettes de Montréal
Les Sommets
Lunetterie Milot
Magnolia
Maison Riviera
Marc Hervieux
MissFresh

Musée de la civilisation
Musée des beaux-arts
de Montréal
Nespresso
NewLook
Orchestre symphonique
de Montréal
Raymonde Houle, artiste
peintre
Residence Inn
par Marriott - Westmount
Rézin

Ricardo
Rogers
Rose Buddha
SODECT - Théâtre du
Vieux-Terrebonne
Spa Eastman
Strom spa
TD Assurance
Vêtements Mandala
White Cross
Yolaine Rioux artisanne

Merci

**INFIRMIÈRES,
INFIRMIERS**

**Vous êtes les
services publics**

 ditesmerci.info



Éloge du dépassement de soi.

À titre de présentateur officiel de la Soirée Florence, TD Assurance rend fièrement hommage aux personnes d'exception honorées durant cette soirée. Votre apport à la profession infirmière est infiniment précieux, tant pour les patients que pour vos pairs et l'ensemble de la communauté médicale.

Nous sommes heureux que votre contribution à l'avancement de la profession soit reconnue. Votre sens du dépassement est une motivation pour tous. Sincères félicitations!

Programme d'assurance recommandé par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

HABITATION | AUTO

1-866-269-1371
tdassurance.com/oiiq



À PROPOS DE la coloscopie

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

La coloscopie occupe toujours une place importante dans la détection du cancer colorectal. Pourtant, de nombreux patients sont réticents à se soumettre à cet examen par crainte d'avoir mal, de ne pas réussir à boire la préparation intestinale ou de ne pas tolérer la sédation-analgésie. Les infirmières doivent être en mesure de déconstruire certains mythes et d'expliquer concrètement la coloscopie pour que les patients coopèrent et se préparent de façon optimale. Cet enseignement a des répercussions sur le déroulement de la procédure, le diagnostic et l'éventuel traitement endoscopique.

RÉPONSES DE LA PAGE 12

L'AUTEURE

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

Rédactrice indépendante, elle publie des articles et des ouvrages en soins infirmiers sur des sujets cliniques.

RÉFÉRENCES

Calderwood, A. H., Schroy 3^e, P. C., Lieberman, D. A., Logan, J. R., Zurfluh, M. et Jacobson, B. C. (2014). «Boston Bowel Preparation Scale scores provide a standardized definition of "adequate for describing bowel cleanliness". *Gastrointestinal Endoscopy*, 80(2), 269-276. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.gie.2014.01.031>

Chokshi, R. V., Hovis, C. E., Hollander, T., Early, D. S. et Wang, J. S. (2012). «Prevalence of missed adenomas in patients with inadequate bowel preparation on screening colonoscopy». *Gastrointestinal Endoscopy*, 75(6), 1197-1203. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.gie.2012.01.005>

Durand, S. et Desbiens, C. (2016). «Lignes directrices – Coloscopie chez l'adulte» (2^e éd., PDF). Montréal: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/lignes-directrices-coloscopie-chez-l-adulte-2e-edition-?inheritRedirect=true>

Gausman, V., Quarta, G., Lee, M. H., Chtourmine, N., Ganotisi, C., Nanton-Gonzalez, F., ... Liang, P. S. (2018). «A theory-based educational pamphlet with low-residue diet improves colonoscopy attendance and bowel preparation quality». *Journal of Clinical Gastroenterology*. Repéré à <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000001175>

Hautefeuille, G., Lapuelle, J., Chaussade, S., Ponchon, T., Molard, B. R., Coulom, P., ... Cadot, G. (2014). «Factors related to bowel cleansing failure before colonoscopy: Results of the PACOME study». *United European Gastroenterology Journal*, 2(1), 22-29. Repéré à <https://doi.org/10.1177/205640613518200>

Heron, V., Parmar, R., Ménard, C., Martel, M. et Barkun, A. N. (2017). «Validating bowel preparation scales». *Endoscopy International Open*, 5(12), E1179-E1188. Repéré à <https://doi.org/10.1055/s-0043-119749>

Mahmood, S., Feroqui, S. M. et Madhoun, M. F. (2018). «Predictors of inadequate bowel preparation for colonoscopy: A systematic review and meta-analysis». *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 30(8), 819-826. Repéré à <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001175>

Martel, M., Ménard, C., Restellini, S., Kherad, O., Almadi, M., Bouchard, M. et Barkun, A. N. (2018). «Which patient-related factors determine optimal bowel preparation?». *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 16(4), 406-416. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s11938-018-0208-9>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). «Normes de pratique clinique relatives à la coloscopie» [PDF]. QC: MSSS/Direction générale de cancérologie. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-902-02W.pdf>

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?




01. La préparation intestinale contient toujours quatre litres.

Réponse :  Faux


Les médicaments utilisés de nos jours dans les préparations intestinales contiennent du polyéthylène glycol (PEG), du picosulfate de sodium ou du citrate de magnésium, des médicaments beaucoup mieux tolérés que par le passé (MSSS, 2018). Le volume et la nature de la préparation intestinale dépendent de la condition de santé de la personne. Chaque gastroentérologue prescrit la formule adaptée au patient et aux pratiques de l'unité où aura lieu la coloscopie. Chez les personnes en bonne santé, les préparations sont recommandées en fonction des particularités et des préférences individuelles (Durand et Desbiens, 2016). Habituellement, ces préparations sont absorbées en deux doses mélangées à environ 150 ml d'eau. Par la suite, il faut boire un à deux litres de liquides clairs (thé, sauf le thé vert, café sans crème ni lait, soupe et bouillon clairs, jus de fruits clairs, par exemple de pomme ou de raisin blanc, etc.) afin d'assurer le nettoyage intestinal (MSSS, 2018). Quant aux solutions PEG de deux ou quatre litres, elles sont réservées à des patients présentant des problèmes rénaux, cardiaques ou hépatiques.

02. La qualité de la préparation intestinale améliore les chances de succès de la procédure et diminue les coûts associés.

Réponse :  Vrai

Pendant la coloscopie, le gastroentérologue est en mesure d'évaluer la qualité de la préparation colique selon l'échelle validée de Boston (Calderwood et al., 2014; Heron et al., 2017). Ainsi, l'état et la visualisation de la muqueuse dans les côlons droit, transverse et gauche sont notés sur trois points pour chacun des segments, pour un score maximum de neuf points. Dans certains cas, les patients, constatant par eux-mêmes que leur côlon n'est pas bien nettoyé, ne se présentent tout simplement pas à l'unité d'endoscopie. En revanche, si la préparation est jugée mauvaise ou inadéquate en salle d'examen (score total inférieur à 6), la procédure ne pourra pas être complétée. Une piètre visualisation du côlon à cause de la présence de matières fécales solides ou de liquide teinté peut non seulement compromettre le diagnostic (diminution de la détection des polypes) et le traitement éventuel, mais aussi obliger à répéter la coloscopie (Chokshi et al., 2012; Hautefeuille et al., 2014). Il en résulte une augmentation des coûts associés. En documentant le type de produit utilisé et la tolérance du patient, il sera possible d'ajuster la préparation intestinale en vue d'améliorer les conditions de la prochaine endoscopie (MSSS, 2018).

03. Les patients suivent une diète spéciale et doivent cesser certains médicaments.

Réponse :  Vrai

Une récente étude a établi que le taux de présence à l'examen des patients ayant reçu des informations concernant une diète sans résidus était plus élevé et que ces derniers obtenaient des scores optimaux à l'échelle de Boston, comparativement à ceux qui n'avaient bénéficié d'aucun enseignement préalable (Gausman et al., 2018). Au Québec, une diète de liquides clairs est recommandée la veille de la procédure (MSSS, 2018). La nourriture solide, les produits laitiers et les liquides de couleur bleue, verte, rouge ou mauve sont donc proscrits, ainsi que les jus contenant de la pulpe, l'alcool et les boissons gazeuses foncées. Dans certains centres, on conseille un régime sans résidus pendant quelques jours, ce qui demande d'arrêter de consommer fruits, légumes, pains, pâtes, lait, produits laitiers, noix, graines et autres légumineuses. Par précaution, le patient doit cesser de boire deux heures avant l'examen. L'interruption de certains traitements médicamenteux (anticoagulants, hypoglycémifiants, suppléments de fer, anti-inflammatoires) est évaluée par le gastroentérologue en accord avec le clinicien référent. Dans son évaluation clinique le jour de la procédure, l'infirmière devra documenter les médicaments qui ont été arrêtés en vue de la coloscopie.



formation continue

04. Les caractéristiques individuelles des patients influencent le succès de la préparation intestinale.

Réponse : Vrai

En plus du type de préparation intestinale et de la diète à suivre, les caractéristiques individuelles ont un impact sur la qualité de la préparation colique. Ainsi, être de sexe masculin, être hospitalisé et souffrir de constipation sont autant d'éléments associés à une piètre préparation colique. Une méta-analyse canadienne publiée en 2018 démontre que les patients prenant certains médicaments comme les antidépresseurs tricycliques ou les narcotiques ont eu plus de difficulté à réaliser une bonne préparation intestinale (Martel et al., 2018). Selon les auteurs d'une autre méta-analyse publiée la même année, l'âge avancé, les comorbidités (diabète, hypertension et cirrhose) ou encore l'obésité sont des facteurs prédictifs d'une mauvaise préparation intestinale (Mahmood, Farooqui et Madhoun, 2018).

05. La plupart des patients ne gardent aucun souvenir de leur coloscopie en raison de l'anesthésie générale.

Réponse : Faux

Au Québec, la coloscopie peut se dérouler avec ou sans sédation-analgésie, même si cette dernière doit être offerte à tous. Sans sédation-analgésie, on l'appelle aussi « sédation consciente ». Le patient peut choisir de ne recevoir aucun médicament et les motifs doivent être inscrits au dossier (MSSS, 2018). La sédation-analgésie permet de diminuer l'anxiété, d'augmenter le confort du patient et de faciliter les conditions techniques pour le gastroentérologue. Les benzodiazépines provoquent un certain état d'amnésie, tandis que les opioïdes contrôlent le niveau de douleur (Durand et Desbiens, 2016). Certains patients somnolent, d'autres sont réveillés et conscients tout au long de la procédure. L'infirmière exerce la surveillance clinique des risques liés à la sédation-analgésie avant, pendant et après la coloscopie.

06. Les patients peuvent reprendre toutes leurs activités immédiatement après la coloscopie, sans aucune restriction.

Réponse : Faux

Des consignes écrites sont remises au patient au moment de son congé de l'unité de gastroentérologie (Durand et Desbiens, 2016). En plus des signes et symptômes concernant des complications éventuelles liées à la procédure simple ou avec polypectomie (hémorragie ou perforation), il est fait mention de la reprise de l'alimentation et du niveau d'hydratation. Si le patient a reçu une sédation-analgésie, il devra impérativement être accompagné pour rentrer à son domicile. Il lui est recommandé de ne pas consommer d'alcool, de ne pas conduire et de ne pas prendre de décisions importantes dans les 24 heures suivant la procédure. Les consignes prennent aussi en compte la reprise des médicaments qui ont été cessés, le cas échéant. Après une coloscopie plus complexe avec mucosectomie (ou EMR, pour *endoscopic mucosal resection*), ou avec dissection sous-muqueuse (ou ESD, pour *endoscopic submucosal dissection*), le gastroentérologue pourra faire des recommandations supplémentaires afin de prévenir le risque hémorragique.



Lisez l'article- questionnaire

**Vaccination
durant l'enfance :
intervention
incontournable
pour la
santé publique**



2-ACFA

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

Visitez

oiiq.org/formation/articles-questionnaires

RAPPEL DES OBLIGATIONS DE L'INFIRMIÈRE

Confidentialité et accès au dossier médical

Pourriez-vous consulter, au Service des archives, le dossier médical d'un client qui n'est pas sous votre responsabilité professionnelle? L'archiviste ne vous en donnerait certainement pas l'autorisation en raison des règles d'accès. Et si ce dossier médical était informatisé, seriez-vous tenté de le consulter à l'aide de votre code d'accès?

par JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., directrice adjointe – déontologie, syndique adjointe, MAGALI MICHAUD, inf., B. Sc. inf., avocate, syndique adjointe; STÉPHANIE VÉZINA, inf., M. Sc., syndique adjointe, et SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique

Les infirmières sont autorisées à consulter des dossiers médicaux informatisés et manuscrits uniquement dans l'exercice de leurs fonctions. Par conséquent, la curiosité, la demande d'un proche et la consultation de son propre dossier ne justifient pas d'outrepasser les règles établies.

L'utilisation de cette nouvelle technologie comporte plusieurs avantages, mais aussi certains risques en lien avec la confidentialité et la protection des renseignements personnels. Le droit à la vie privée et à la confidentialité des informations de santé est un droit fondamental de tout client encadré par de nombreuses lois. Les clients sont donc assurés que les informations contenues dans leur dossier médical (manuscrit ou électronique) seront traitées de manière confidentielle.

L'infirmière doit aussi respecter les règles prévues à l'article 60.4 du *Code des professions* visant à préserver le secret quant aux renseignements de nature confidentielle qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de sa profession. En outre, elle doit aussi respecter les dispositions prévues à l'article 31 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (pour plus de précisions, lire *Divulgarion de renseignements de nature confidentielle* sur oiiq.org).

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) reçoit un grand nombre de demandes d'information concernant la consultation de renseignements dans les dossiers médicaux. Par exemple, une infirmière peut-elle consulter le dossier de sa mère avec son autorisation verbale? Peut-elle consulter le dossier d'un nouvel amoureux afin de s'assurer qu'il s'est soumis à des prélèvements d'ITSS? Peut-elle s'informer de l'état de santé d'une collègue hospitalisée par le biais de son dossier médical?

Rappelons-nous que l'accès aux renseignements contenus dans les dossiers médicaux est régi par des règles. La Régie de l'assurance maladie du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont d'ailleurs récemment pris l'engagement suivant auprès de la Commission d'accès à l'information du Québec :

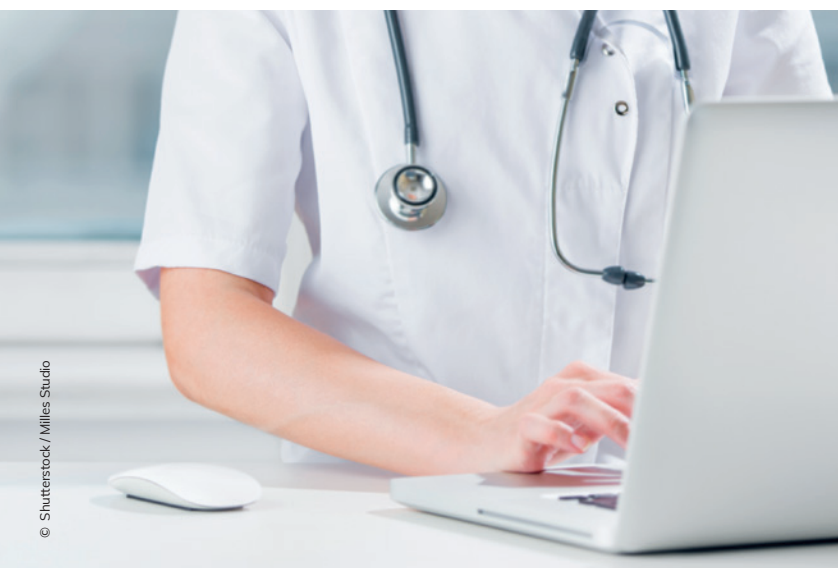
« [...] d'informer, de manière plus détaillée, les utilisateurs [du Dossier santé Québec] de leurs obligations en matière de protection des données auxquelles ils accèdent, incluant l'utilisation restreinte qui peut être faite de ces renseignements, soit à des fins de services de première ligne ou de continuum de soins et non à des fins personnelles ou autre. [...] »

Malgré la facilité d'accès, les infirmières sont autorisées à consulter des dossiers médicaux informatisés et manuscrits uniquement dans l'exercice de leurs fonctions. Par conséquent, la curiosité, la demande d'un proche et la consultation de son propre dossier ne justifient pas d'outrepasser les règles établies.

DÉCISIONS RENDUES PAR DES CONSEILS DE DISCIPLINE

De récentes décisions rendues par divers conseils de discipline évoquent des problématiques liées au respect de la confidentialité dans un contexte d'utilisation croissante des technologies.

- Une inhalothérapeute a été trouvée coupable par son Conseil de discipline d'avoir brisé le secret professionnel en accédant à des dossiers médicaux de clients et en les consultant sans motif professionnel. Dans la décision, le Conseil mentionne le commentaire suivant : « [...] comme si les dossiers confidentiels du CLSC étaient à sa disposition pour servir de site de recherches de propriétés potentiellement disponibles sur le marché ». Il ajoute ceci : « En prendre connaissance pour ses fins personnelles est l'équivalent d'en dévoiler le contenu à un tiers. » (CanLII, 2017).
- Un médecin a consulté les renseignements d'une personne avec laquelle il entretenait des liens d'amitié, et ce, en l'absence de relation thérapeutique. Le public, en général, peut légitimement s'attendre à ce qu'un professionnel agisse comme l'un des gardiens du droit au secret professionnel. C'est pourquoi la confidentialité doit être préservée afin de conserver la confiance du public envers les professionnels (CMQ, 2018).
- Une infirmière a consulté le dossier d'un client sans autorisation ni justification professionnelle. Elle a aussi pris une photo d'un extrait du dossier qu'elle a conservé. Le Conseil a indiqué que « [...] consulter



sans autorisation ni justification professionnelle les dossiers confidentiels d'un client est en soi un comportement inadmissible de la part d'un professionnel membre de l'Ordre. On ne peut tolérer cet acte ni le banaliser » (CanLII, 2016).

- En octobre 2018 (CanLII, 2018), le Conseil de discipline de l'OIIQ a déclaré coupable une infirmière qui avait consulté à de multiples reprises, sans autorisation ni justification professionnelle, son dossier médical ainsi que les dossiers de proches, de clients, de collègues (et de leurs proches), d'autres professionnels de la santé et de personnes médiatisées. Dans son jugement, le Conseil de discipline rappelle ceci : « [...] Nul besoin d'insister sur le caractère hautement confidentiel des renseignements susceptibles de se retrouver dans un dossier clinique informatisé d'un centre hospitalier et l'importance d'en préserver le secret surtout dans le

contexte de l'informatisation des dossiers (Dossier santé Québec). [...] Toutes personnes hospitalisées et le public en général doivent pouvoir compter sur le respect de cette confidentialité par les infirmières et infirmiers, et ce, tant en ce qui concerne la divulgation de renseignements confidentiels que l'accès non autorisé à ceux-ci. L'un comme l'autre constituent un défaut de préserver le secret et ne peuvent être tolérés. Il s'agit, dans les deux cas, d'infractions déontologiques graves vu leurs conséquences éventuelles sur la relation client. »

CONCLUSION

L'accès au dossier médical, que ce dernier soit manuscrit ou informatisé, doit avoir cours exclusivement pour un usage professionnel. Il en va de la confiance du public envers la profession infirmière. ●

RÉFÉRENCES

- «Charte des droits et libertés de la personne», RLRQ, c. C-12.
- «Code civil du Québec», RLRQ, c. CCQ-1991.
- «Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9, art. 31.
- «Code des professions», RLRQ, c. C-26, art. 60.4.
- Commission d'accès à l'information. (2018, 26 avril). «La Commission d'accès à l'information rend une décision concernant l'accès au Dossier Santé Québec par le ministre Gaëtan Barrette». Repéré à <http://www.cai.gouv.qc.ca>.
- Collège des médecins du Québec [CMQ]. (2018, 13 février). «L'accès au dossier médical électronique: exclusivement pour un usage professionnel». Repéré à: www.cmq.org.
- «Infirmières et infirmiers (Ordre des) c. Marquis», [2016] CanLII 63939.
- «Infirmières et infirmiers (Ordre des) c. Bernier», [2018] CanLII 105824.
- «Inhalothérapeutes (Ordre des) c. Milmore», [2017] CanLII 78244.
- «Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels», RLRQ, c. A-2.1.
- «Loi sur les services de santé et les services sociaux» (LSSSS), RLRQ, c. S-4.2



LES INCONTOURNABLES EN DÉONTOLOGIE

- Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, à consulter sur oiiq.org/code-deonto
- La formation en ligne *Code de déontologie : un guide éclairant pour l'infirmière*, disponible sur oiiq.org/formation/deontologie

FORMATION À DISTANCE

DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

PRÈS

PAS PRÈS

J'Y VAIS

Pour développer de nouvelles compétences professionnelles!

- > Examen clinique
- > Pratique infirmière en région éloignée
- > Réadaptation motrice et sensorielle
- > Santé et sécurité au travail
- > Santé mondiale
- > Soins infirmiers cliniques

La formation à distance de l'UQAT :

- > Des cours universitaires élaborés par des professionnels reconnus
- > Permet de conjuguer travail, famille et études
- > Des cours filmés en classes réelles
- > Des professeurs disponibles

INFORMATION

1 877 870-8728 poste 2610
sc-sante@uqat.ca



uqat.ca/distance



UQAT

NORME DE FORMATION CONTINUE

Choisir des activités d'apprentissage pertinentes à sa pratique

Il est incontestable que la pratique infirmière évolue constamment selon les développements scientifiques et technologiques, la modernisation des lois professionnelles et l'émergence de nouveaux rôles aux responsabilités accrues. Conséquemment, aucun programme d'études initial ne peut à lui seul permettre à l'infirmière de relever tous les défis auxquels elle fera face tout au long de sa vie professionnelle. Il est donc inévitable que l'infirmière actualise ses connaissances de façon continue et soutenue, afin d'offrir des soins satisfaisant aux normes de qualité reconnues.

La norme professionnelle de formation continue de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) vient préciser les attentes minimales envers l'infirmière, de sorte qu'elle puisse répondre à ses obligations déontologiques en matière de développement professionnel. Par ailleurs, les articles 17 et 18 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* sont énoncés ainsi :

« 17. L'infirmière ou l'infirmier doit agir avec compétence dans l'accomplissement de ses obligations professionnelles. À cette fin, l'infirmière ou l'infirmier doit notamment tenir compte des limites de ses habiletés et connaissances. »

« 18. L'infirmière ou l'infirmier doit exercer sa profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques reconnus. À cette fin, il doit assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles. »

L'OIIQ reconnaît l'aspect essentiel de la formation continue pour la protection du public et l'amélioration de la qualité des soins. C'est pourquoi il a établi une norme professionnelle qui encadre l'infirmière dans sa démarche de formation continue, laquelle s'inscrit plus largement dans une perspective de développement professionnel.

Le développement professionnel infirmier constitue non seulement un mécanisme inhérent à la protection du public, mais aussi un véritable levier soutenant les infirmières dans la réalisation de nouvelles activités professionnelles, dans le but de leur permettre d'occuper pleinement leur champ d'exercice.

PERTINENCE DES ACTIVITÉS DE FORMATION CONTINUE

Pour pouvoir mettre à jour ses connaissances, ajuster sa pratique et exercer de façon sécuritaire, l'infirmière se doit de choisir des activités d'apprentissage **pertinentes à sa pratique professionnelle**. L'activité retenue doit permettre l'actualisation de connaissances, ou encore le développement de compétences propres aux soins infirmiers ou de compétences transversales nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

En participant à des activités de formation continue liées à son domaine de pratique, l'infirmière se sent mieux outillée pour répondre aux besoins de sa clientèle, en plus d'intégrer des résultats probants visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts à la population.

En vue de choisir des activités de formation pertinentes à sa pratique, l'infirmière doit porter un regard critique sur son exercice infirmier. Une activité de formation peut être pertinente pour une infirmière et beaucoup moins pour une autre, compte tenu de la diversification des clientèles et des lieux d'exercice. **Il revient donc à l'infirmière d'identifier les activités qui auront un impact sur son exercice infirmier et sur son développement professionnel.**

Dans une démarche d'identification de ses besoins, l'infirmière pourra élaborer son plan de développement professionnel en s'inspirant du document de l'OIIQ intitulé *Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes* (Figure 1).

L'activité retenue doit permettre l'actualisation de connaissances, ou encore le développement de compétences propres aux soins infirmiers ou de compétences transversales nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

Figure 1
APPROCHE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE



L'EXEMPLE DE SANDRA

Sandra a décroché son diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers en 2007. À l'époque, elle s'était passionnée pour le cours de périnatalité, mais n'a jamais eu l'occasion d'exercer auprès de cette clientèle, sauf dans le cadre de certains stages. Après plusieurs années à œuvrer dans le domaine de la santé mentale, elle a obtenu un poste au service mère-enfant de son centre hospitalier. Bien qu'elle ait été jumelée à une infirmière de ce service pendant quelques jours au début, Sandra réalise rapidement que l'allaitement est un univers en soi et qu'elle se sent peu outillée pour accompagner adéquatement les familles d'un nouveau-né lorsque des situations problématiques surviennent. Elle se rappelle bien les conseils de base appris lors de son cours de périnatalité au cégep, mais sont-ils toujours à jour? En outre, elle ne sait pas comment intervenir dans des circonstances plus complexes : une mère prenant une médication en lien avec un problème de santé mentale peut-elle allaiter? Est-ce dangereux pour le bébé? Devrait-elle s'abstenir d'allaiter?

Après avoir consulté l'ouvrage de périnatalité utilisé pendant ses études, elle réalise que bien des choses ont changé dans la pratique, ne serait-ce que la fréquence à laquelle le bébé devait être allaité (de huit à douze fois par jour à l'époque, on parle maintenant de huit fois ou plus par jour). Elle ne veut pas donner de fausses informations aux mères ni prodiguer des soins qui pourraient entraîner

des risques de préjudice pour la mère ou l'enfant. Elle ne veut surtout pas, par exemple, qu'une mère vivant avec un problème de santé mentale cesse de prendre sa médication (dans le but d'éviter à son bébé des risques liés aux médicaments), alors que cette décision pourrait entraîner de graves conséquences sur sa santé mentale ainsi que sur le développement de son enfant.

Elle décide donc de consulter des articles scientifiques, de s'inscrire à un colloque en allaitement et de s'informer auprès de personnes-ressources, comme la conseillère en soins infirmiers dédiée à l'allaitement de son milieu ainsi que l'équipe de pharmaciennes du Centre IMAGE (Info-médicaments en allaitement et grossesse) du CHU Sainte-Justine, en vue de parfaire ses connaissances et de pouvoir appliquer auprès de la clientèle les meilleures pratiques recommandées à ce jour.

Ainsi, Sandra pourra intervenir avec compétence et confiance en accompagnant, d'une part, les familles adéquatement et de façon sécuritaire lors de la naissance d'un enfant et, d'autre part, les mères souhaitant nourrir leur bébé au sein. Elle devra rester à l'affût des changements et de l'évolution de la pratique en périnatalité pendant toute la période où elle exercera auprès de cette clientèle, afin de mettre à jour ses connaissances, d'ajuster sa pratique et de prodiguer des soins de qualité et sécuritaires.

CONCLUSION

Le développement scientifique et technologique, la modernisation des lois professionnelles et l'émergence de nouveaux rôles infirmiers exigent l'acquisition de nouvelles connaissances, le développement d'autres compétences, ainsi que le renouvellement des pratiques cliniques basées sur des résultats probants.

C'est pourquoi l'infirmière doit rester vigilante quant à l'évolution de la pratique et rechercher des activités d'apprentissage pertinentes, mais adaptées à sa réalité professionnelle. À cet égard, le plan de développement professionnel est un outil des plus intéressants qui fait le pont entre l'évaluation des besoins de formation centrés sur la pratique et les retombées de ces formations sur la qualité et la sécurité des soins offerts à la population. ●



À CONSULTER SUR OIIQ.ORG

- Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec – Document d'orientation
- La formation continue pour la profession infirmière au Québec – Norme professionnelle
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers
- Chronique déontologique : Norme professionnelle de formation continue, un complément au Code de déontologie des infirmières et infirmiers

Plaisir



Nature



La Gaspésie recrute des infirmières et des infirmiers
Joins-toi à notre équipe!

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

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec



Vous songez à changer d'emploi? Voici comment vous y préparer.

Que vous souhaitiez obtenir un poste de cadre ou changer de milieu de travail, une préparation rigoureuse est de mise pour chercher un nouvel emploi. Voici les étapes à suivre en vue de cerner vos objectifs et de faire de votre rêve une réalité.

par CATHERINE COURCHESNE

Selon Laurent Vorelli, conseiller en ressources humaines agréé, il faut d'abord dégager les raisons derrière son désir de changement. « Est-ce que ce sont des raisons extrinsèques, comme le salaire, ou des raisons intrinsèques, comme la passion? En cernant ses motivations, on prend une décision éclairée et on évite les déceptions. »

Caroline Diotte, M.B.A., responsable des ressources humaines pour les CHSLD de Sainte-Catherine, Granby et Saint-Jean-sur-Richelieu, abonde dans le même sens. « Avant de passer à l'action, il importe de connaître ses besoins pour être capable de décrire avec précision l'environnement dans lequel on aimerait travailler, explique-t-elle. En soins infirmiers, les possibilités sont multiples! »

Isabelle Caron, directrice adjointe des soins infirmiers du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, est bien d'accord; les contextes sont variés: « Une infirmière peut travailler à domicile, à l'hôpital, en milieu scolaire, en CLSC, en CHSLD... » D'où l'importance de bien s'informer.

S'INFORMER... ET SE FORMER

La deuxième étape est donc de se renseigner, non seulement sur le futur environnement de travail, mais également sur les connaissances et les compétences à détenir pour décrocher le poste convoité. À ce propos, Isabelle Caron invite les infirmières à discuter avec leur infirmière-chef ou leur gestionnaire. « Votre supérieur immédiat est bien placé pour vous indiquer les compétences à développer et les manières de le faire. Il pourrait même vous aider à créer le plan de carrière ou de développement professionnel idéal. »

En effet, le poste rêvé n'est pas toujours directement accessible. Des postes intermédiaires ou un retour aux études s'avèrent parfois nécessaires. « Ne vous laissez pas abattre par de tels détours, conseille Laurent Vorelli. Ne pas sauter d'étapes vous évitera de vous brûler les ailes! »

Quant à Caroline Diotte, elle encourage les infirmières à demander d'effectuer une journée d'observation dans le milieu de travail qu'elles convoitent. « Vous saurez ainsi comment vous vous y sentez! »

DONNER DES EXEMPLES CONCRETS

Vient alors le moment de postuler et, si tout va bien, de passer un entretien d'embauche. « En entrevue, on vous posera des questions techniques, mais aussi des questions comportementales, explique Laurent Vorelli. Par exemple, on vous demandera comment vous avez réagi lors d'une situation critique. » Il conseille de répondre aux questions de ce type à l'aide de la technique « CAR », c'est-à-dire en décrivant le Contexte, l'Action choisie ainsi que le Résultat obtenu.

« Surtout, donnez des exemples concrets et réels, précise Isabelle Caron. Au besoin, puisez dans vos expériences personnelles en lien avec le poste en question. »

En prenant le temps de clarifier votre vision, de vous informer sur votre nouveau secteur et de développer vos compétences, vous aurez toutes les cartes en main pour briller en entrevue et décrocher le poste de vos rêves! ●



DÉCOUVREZ LA SECTION OFFRES D'EMPLOI DE L'OIIQ

La section Offres d'emploi de l'OIIQ vous aide à trouver votre place. Abonnez-vous au bulletin Offres d'emploi et recevez chaque semaine des affichages de postes correspondant à vos intérêts.

oiiq.org/emploi



Watchiya • Bonjour



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

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages

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

Profil recherché

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

*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire



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



www.santeterrescries.org/carières

Un avantage profitable pour vous comme membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

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



**Vous économisez
grâce à des
tarifs d'assurance
préférentiels.**

Profitez des avantages offerts
aux membres.

Vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur une vaste gamme de protections d'assurance habitation pour propriétaire, copropriétaire et locataire et auto personnalisables selon vos besoins.

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

Ayez l'assurance que votre protection répond à vos besoins. Obtenez une soumission maintenant.

Programme d'assurance habitation et
auto recommandé par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

PROPRIÉTÉ | COPROPRIÉTÉ | AUTO | VOYAGE

► Obtenez une soumission et économisez!
Appelez au **1-866-269-1371**
ou visitez **tdassurance.com/oiiq**



On est prêts
pour vous.

