



perspective infirmière



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Septembre • octobre 2020
Vol. 17 n° 4

Polymédication en
CHSLD et collaboration
infirmière-pharmacien

Entretien avec
Yolande Cohen :
de la vocation à
l'expertise

Les documents
d'enseignement remis
à la clientèle sont-ils
bien compris?

 ACFA

Préclampsie :
intervenir lors d'un
épisode aigu

UN EMPLOI EN SANTÉ POUR VOUS

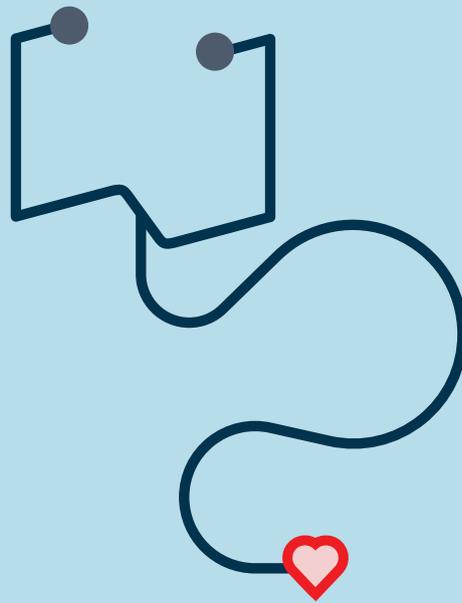
Nous vous offrons plus qu'une carrière...
Un épanouissement.

- Les meilleures conditions de l'industrie
- Gestion de vos horaires en temps réel via notre portail web
- Remplacements à temps complet, temps partiel ou sur appel disponibles
- Une équipe professionnelle et dynamique à l'écoute de vos besoins
- **Des mandats partout au Québec**

Faites-nous parvenir votre curriculum vitae
cv@servicesprogressifs.com
Tél : 514 335-1813, poste 235
Télécopieur : 514 336-8803
www.servicesprogressifs.com

**Primes d'embauche
allant jusqu'à 2000 \$***

*certaines conditions s'appliquent



L'offre pour les infirmières et infirmiers est encore plus avantageuse

Économisez jusqu'à 1410 \$ annuellement

Fière partenaire de

Découvrez vos nouveaux avantages et privilèges sur bnc.ca/infirmier



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit ^{MD}Mastercard World, World Elite ou Platine, de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 411 \$ 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 Mastercard World Elite; une marge hypothécaire Tout-En-Un^{MC} 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 0,50 % sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 750 \$), 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 Mastercard World Elite 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. ^{MD}La marge Manœuvre Personnelle est une marque déposée, ^{MC}LE TOTAL et TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada. ^{MD}MASTERCARD WORLD, WORLD ELITE et PLATINE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. © 2020 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

SOMMAIRE

Septembre • octobre 2020 — Vol. 17 n° 4

ÉDITORIAL

- 07 — Rendez-vous au Forum virtuel 2020 – Au cœur de l'expertise infirmière!
Saisir l'occasion de contribuer au changement!

INNOVATION CLINIQUE

Prix régionaux
Banque Nationale 2019

- 14 — Outaouais
Compétences culturelles infirmières au bénéfice de la population immigrante
- 15 — Mauricie/Centre-du-Québec
Dépistage du délirium et interventions infirmières en soins intensifs

PORTRAIT

- 16 — Danielle Corbeil
À l'écoute des patients et des familles

FONDATION

- 18 — La Fondation ne fera pas d'appel de candidatures cette année

DÉONTOLOGIE

- 70 — La compétence professionnelle : une obligation déontologique

L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 72 — L'ordonnance : la prescrire ou l'appliquer?

EN BREF

- 08 — Entretien avec l'historienne Yolande Cohen
Infirmières : de la vocation à l'expertise professionnelle
- 11 — Pandémie : les acquis infirmiers après la première vague
Les grandes discussions du SIDIIEF

- 13 — Geneviève Paquette
Une infirmière au cœur de la communauté

MYTHES ET RÉALITÉS

- 20 — À propos des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
Réponses en p. 68

PRATIQUE CLINIQUE

- 22 — Polymédication en CHSLD
Le modèle PEPS : une organisation basée sur la collaboration infirmière-pharmacien
- 29 — Intimidation au travail
Évaluer la condition de santé des victimes

- 36 — Lisibilité des documents d'enseignement remis aux patients

FORMATION

- 41 — Démystifier le doctorat en sciences infirmières
Perspective étudiante sur un parcours aux multiples possibilités

GESTION

- 60 — Démarche d'harmonisation des pratiques cliniques et d'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières





**DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU**

RÉDACTRICE EN CHEF

Caroline Baril

GRAPHISME ET

MISE EN PAGES

Mario Paquette

RÉVISEUR

LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge

CORRECTRICE

D'ÉPREUVES

Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE

Isabelle Gagné et

Luc Girard pour MissPixels

IMPRIMEUR

SOLISCO

PAGE COUVERTURE

© Shutterstock / ajt

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU

Magali Morin, infirmière

Conseillère à la qualité de la pratique

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ

Direction, Développement et soutien professionnel

Joël Brodeur, infirmier, Directeur

Chantale Desbiens, infirmière

Directrice adjointe à la pratique infirmière

Marie-Eve Arsenault, infirmière

Conseillère à la consultation professionnelle

Julie Gélinas, infirmière

Conseillère à la qualité de la pratique



48

48 — Prééclampsie : intervenir lors d'un épisode aigu

COLLABORATEURS

Isabelle Auger, M.D. – Dalila Benhaberou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Louise Bouchard – Myriam Brisson, inf, M. Sc. – Claire Chapados, inf., Ph. D. – Martin Charette, inf., Ph. D. – Maud-Christine Chouinard, inf., Ph. D. – Catherine Crépeau – Clémence Dallaire, inf., Ph. D. – Johanne Déry, inf., Ph. D. – Marie-France Deschênes, inf., Ph. D. (c.) – Carolina Tisnado Garland, inf., B. Sc. – Julie Gélinas, inf., M. Éd. – Line Guénette, B. Pharm., M. Sc., Ph. D. – Laurence Ha, inf., Ph. D. – Sophie Langlois, inf., Ph. D. (c.) – Émilie Lavallée, inf., M. Sc. – Dimitri Létourneau, inf., Ph. D. – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Line Marois, inf., B. Sc. – Sylvie Massé, inf., M. Sc., MGO – Sophia Merisier, inf., Ph. D. (c.) – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. – Magali Morin, inf., M. Sc. inf. – Marie-Eve Poitras, inf., Ph. D. – Véronique Roberge, inf., Ph. D. – Rachel Rouleau, B. Pharm., M. Sc. – Caroline Savard, inf. – Lyse Savard – Chantale Simard, inf., Ph. D. (c.) – Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D. – Aurélie Sylvain, M.D. – Julie Tanguay, inf., B. Sc. inf. – Lyne Tremblay, inf., M. Sc. inf.

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* peut utiliser de façon générale le terme « infirmière ». Cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers. L'éditeur tient à préciser que cela ne constitue en aucune façon une négation des privilèges et des droits des infirmiers du Québec. Le contenu des articles publiés a été approuvé par les auteurs ainsi que par les personnes interviewées et a fait l'objet d'une vérification sérieuse et diligente de leur part.

POUR NOUS JOINDRE

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

PUBLICITÉ

Julie Diamond
Communications
Courtier publicitaire

En collaboration avec
AGC Communications
514 509-9118

partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT

Michelle Dalphond

Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288

ventepublications@oiiq.org

https://www.oiiq.org/abonnement-pi

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

DÉPÔT LÉGAL 2020

Bibliothèque nationale
du Québec

Bibliothèque nationale
du Canada
ISSN 1708-1890

Répertoire
dans *Repère, Cinahl,*
PubMed, CISMef et BDSP

N° d'enregistrement 9790

Parution : septembre
2020

Convention de la
Poste-publications
N° 40062569



DIFFUSION
Diffusion 82 735 copies
(CCAB/BPA : mars 2020)

Logo Papier recyclé
a inséré

9 NOVEMBRE
FORUM VIRTUEL
OIIQ 2020

11 h - 12 h 30
oiiq.org/forum

Au cœur de l'expertise infirmière

Cet événement gratuit se veut une occasion de tirer des enseignements sur la pratique en temps de pandémie et la reconnaissance de la profession.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

RENDEZ-VOUS AU FORUM VIRTUEL 2020

Au cœur de l'expertise infirmière!

Saisir l'occasion de contribuer au changement

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

Le printemps a été chaud au Québec pour les professionnels de la santé, particulièrement les infirmières et infirmiers. Plusieurs arrêtés ministériels sont venus modifier notre quotidien, exigeant ainsi une grande adaptation de notre part. Chaque jour a de plus apporté son lot de défis : insuffisance d'équipements de protection individuelle, manque de ressources professionnelles qualifiées, infection d'un bon nombre de professionnels de la santé par la COVID-19 et difficultés au chapitre de la gestion et de la coordination des effectifs et des soins, pour ne nommer que ceux-là. La crise nous aura forcés à admettre que l'heure est venue de prendre les décisions qui s'imposent afin de faire mieux.

L'expérience nous a appris que pour changer le cours des événements, il faut se préparer! Il faut se concerter! Il faut proposer! Il faut prendre la parole!

Dans le système de santé, nous avons certes un avantage : le poids du nombre. Nous avons aussi à notre actif une cote de confiance auprès de la population parmi les plus élevées, c'est du moins ce que nous révèle de nouveau un récent sondage. Nous sommes en effet parmi les professionnels de la santé suscitant le plus haut niveau de confiance au pays en ce qui a trait à la gestion de la crise sanitaire. Malgré cela, nous avons très peu entendu les infirmières et infirmiers affirmer haut et fort leurs propositions et leurs recommandations, comme l'ont pourtant fait d'autres professionnels de la santé. Pourquoi?

Ce silence trop souvent présent contribue à la méconnaissance de notre profession par la population. Peu de citoyens sont bien au fait des compétences et de l'expertise des infirmières et infirmiers. Qui plus est, peu d'entre eux ont une idée des activités réservées de l'infirmière et de l'infirmier ainsi que de l'étendue de leur champ de pratique qui, davantage mises de l'avant, auraient la capacité d'améliorer non seulement l'efficacité du système de santé, mais aussi l'accès aux soins et la qualité de ces derniers.

TIRER DES ENSEIGNEMENTS DE LA CRISE

Nous sommes d'avis que le partage et l'analyse de notre expérience, de même que nos efforts menés sur le terrain contre la COVID-19, sauront nous permettre de tirer des enseignements, en plus de démontrer le rôle stratégique que pourraient occuper davantage les membres de la profession infirmière en matière de soins directs à la population, ainsi que de coordination et d'organisation des soins dans le réseau de la santé. Notre objectif est de faire émerger l'ampleur de notre contribution et les façons de l'optimiser en occupant davantage notre champ d'exercice.

OUVRIR LES DISCUSSIONS SUR LA PLACE QU'OCCUPE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE DANS LES MILIEUX DE SOINS

Avec ce Forum, nous souhaitons ouvrir le débat. Nous visons à entendre : infirmières et infirmiers, associations professionnelles, gestionnaires, MSSS et grand public. Ce dernier sera consulté en amont par la voie d'un sondage. Nous irons également prendre le pouls à l'égard de la crise par l'intermédiaire de groupes de discussion virtuels et de consultations. Des témoignages d'infirmières et infirmiers seront recueillis et partagés plus tard avec les participants au Forum.

ENTENDRE LA VOIX CITOYENNE : L'EXPÉRIENCE DES MÉDIAS

Le Forum réunira trois journalistes chevronnés ayant couvert la pandémie, invités spécialement pour l'occasion en table ronde : Marie-France Bazzo (animatrice et productrice télé et chroniqueuse au magazine *L'actualité*), Alec Castonguay (chef du bureau politique au magazine *L'actualité*, chroniqueur et analyste politique à Radio-Canada) et Emmanuelle Latraverse (analyste politique pour TVA Nouvelles et chroniqueuse au *Journal de Montréal*). Leurs échanges auront pour objectif de mettre l'accent sur l'image perçue de la contribution infirmière dans l'offre de soins pendant la pandémie. En conséquence, cela nous aidera à comprendre la perception des citoyens sur le rôle infirmier.

Ensuite, nous confronterons ces perceptions avec les expériences infirmières. Cette façon de faire saura créer un univers où toutes les perspectives pourront être mises sur la table en vue de faire émerger des propositions et recommandations qui sortiront des sentiers battus. Nous vous y attendons en grand nombre!

Vivre et mourir dans la dignité doit être à la portée de tous. Nous sommes nombreux, nous sommes quelque 78 000 professionnels de la santé. Vous savez, autant de voix qui s'expriment et exigent une qualité de soins pour ceux qui ont bâti le Québec d'aujourd'hui peuvent faire la différence.

Exigeons cette qualité de soins pour tous!

A handwritten signature in blue ink that reads "Luc Mathieu".

ENTRETIEN AVEC L'HISTORIENNE YOLANDE COHEN

Infirmières : de la vocation à l'expertise professionnelle

Yolande Cohen, historienne et professeure à l'Université du Québec à Montréal, s'intéresse à l'histoire des infirmières à travers le prisme incontournable de l'évolution de la place des femmes dans la société. Ses travaux ont permis de mieux comprendre les enjeux entourant le soin des autres, un travail longtemps gratuit et, en majorité, accompli par les femmes.

par CATHERINE CRÉPEAU

COMMENT EN ÊTES-VOUS VENUE À VOUS INTÉRESSER À L'HISTOIRE DES INFIRMIÈRES?

J'avais un projet de recherche dans les années 1980 sur la modernisation du Québec par les femmes, notamment grâce à leurs associations. Après avoir reçu une subvention et embauché des assistantes de recherche, nous avons cherché les associations de femmes et les associations féministes. Nous avons dépouillé des journaux comme *La Terre de chez nous*, *Le Journal de Françoise*, *La Bonne Parole* et *La Garde-malade canadienne-française*. Nos trouvailles ont été passionnantes. *La Garde-malade* présentait beaucoup d'information sur le quotidien des infirmières et des hôpitaux. C'était l'époque où les infirmières provenaient presque toutes des communautés religieuses et géraient les hôpitaux (ndlr : vers 1920).

« [...] l'expression "ange gardien" [...] me choque. Les infirmières se font constamment rappeler l'origine de leur profession alors que leur réalité est tout autre. »

EN QUOI L'HISTOIRE DES INFIRMIÈRES EST-ELLE LIÉE À CELLE DES QUÉBÉCOISES?

La santé est un élément important de développement de la société, et les infirmières ont largement participé à la modernisation du système de santé du Québec. Beaucoup de Québécoises se sont épanouies dans ce métier, à une époque où les options de carrière demeuraient limitées pour les femmes. Ce travail d'infirmière s'est fait de façon invisible, car les femmes n'avaient pas encore, leur place à l'époque, dans le récit historique de la province.

Au début des années 1900, il y avait plusieurs dizaines d'organisations de femmes, comme les Cercles de Fermières, les Filles d'Isabelle, etc., ainsi qu'une importante association de femmes, la Fédération nationale Saint-Jean-Baptiste. Si, au tournant du 20^e siècle, elles se présentent comme des œuvres caritatives, pour ne pas sortir de l'aire dévolue aux femmes, ces organisations leur ouvrent un accès à la vie publique. Elles tiennent des assemblées ou, par exemple, font du lobbying ou fournissent du personnel aux partis politiques.

C'est dans ce contexte que les infirmières se regroupent en association professionnelle. Elles sont l'une des premières professions féminines organisées, avec leurs écoles, leurs journaux et leur association professionnelle (l'Association des garde-malades canadiennes-françaises, qui a donné naissance à l'OIIQ). Entre les années 1920 et 1940, elles participent à une réforme importante de la formation en soins infirmiers, avec la création d'un nouveau curriculum dans les écoles et la mise en place d'une formation universitaire (au sein de l'Institut Marguerite d'Youville affilié à l'Université de Montréal). Ainsi, les sciences infirmières offrent aux femmes une des premières grandes carrières universitaires. En ce sens, on peut dire que les infirmières ont pavé la voie à l'émancipation des femmes. Les hôpitaux

et le système de santé ne fonctionneraient pas sans elles, mais on continue toutefois à les considérer comme secondaires.

COMMENT EXPLIQUER CETTE ABSENCE DE RECONNAISSANCE?

Au début du 20^e siècle, des femmes pouvaient effectuer ce travail par vocation et non pas pour un salaire, dans un domaine où elles ne remettraient pas en cause les soi-disant attributs naturels féminins de douceur, de charité, etc. Donc, dans ces métiers féminins sous-payés, l'expertise attendue était perçue comme découlant de la vocation des femmes de donner des soins aux autres. Cette idée préconçue persiste encore aujourd'hui.

La pandémie a mis en relief, avec beaucoup de tristesse, que tous les soins intimes aux personnes vulnérables relèvent toujours d'une faible reconnaissance sociale et d'une reconnaissance salariale encore moindre. Il suffit de penser aux préposées, bien souvent des femmes venant de communautés immigrantes ou d'origines culturelles différentes. Elles sont au bas de l'échelle sociale et salariale. Et même si la profession infirmière a changé, que la formation et la recherche en sciences infirmières ont connu des avancées importantes et que les conditions de travail et salariales se sont améliorées, la reconnaissance des infirmières comme professionnelles avec une autonomie de pratique tarde toujours.

L'EMPLOI DU TERME « VOCATION » POUR PARLER DES INFIRMIÈRES EXPLIQUERAIT-IL EN PARTIE LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DONT SOUFFRE ENCORE LA PROFESSION?

Le mot « vocation » a été très important dans la construction de la profession infirmière. Il fallait avoir la vocation. C'est ainsi que les sœurs ont réussi à recruter des femmes pour soigner les malades. Il a fallu près d'un siècle et demi de combat féministe pour sortir la profession de cet univers charitable, bénévole et religieux.

Pour cette raison, l'expression « ange gardien », utilisée depuis le début de la pandémie, me choque. Les infirmières se font constamment rappeler l'origine de leur profession, alors que leur réalité est tout autre. Aujourd'hui, les soins infirmiers reposent sur un savoir-faire professionnel, une expertise et des compétences acquises au terme d'études de plus en plus longues. On ne peut plus parler de « savoir-faire » féminin.

C'est évident que les métiers de soins nécessitent toujours une grande sensibilité pour l'autre. On l'a constaté dans les témoignages diffusés dans les médias pendant la pandémie. On a vu des infirmières qui se consacrent entièrement aux soins, mais elles n'ont pas choisi ce travail



Yolande Cohen participera le 6 octobre à un échange virtuel sur la page Facebook de l'OIIQ, animé par Paul Houde, sous le thème. « L'histoire des infirmières et la place des femmes dans la société ». Cette activité s'inscrit dans le cadre du 100^e anniversaire de l'OIIQ.

pour être des anges et se dévouer. Cette façon de voir les soins infirmiers dévalorise la profession tout en renforçant le stéréotype selon lequel il s'agit d'une vocation ne demandant pas de capacités intellectuelles ni une expertise particulière acquise lors d'une longue formation.

QUE PEUVENT FAIRE LES INFIRMIÈRES POUR SORTIR DE CE QUE VOUS APPELEZ « UN GHETTO »?

Elles ont déjà beaucoup fait. Dès 1949, elles ont changé le nom de leur association pour inclure les infirmiers. Elles ont revendiqué la mixité femmes-hommes très tôt dans l'espoir de faire mieux reconnaître le travail infirmier comme profession. Elles ont aussi beaucoup œuvré à définir un curriculum basé sur des savoirs spécifiques et développé les sciences infirmières, une discipline universitaire à part entière. Elles ont contribué à établir une autonomie de pratique, en particulier pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), tout en déployant d'actives collaborations avec les autres ordres professionnels dans le système de santé. Toutefois, elles restent encore relativement dépendantes d'un système patriarcal, que même la *Loi sur l'équité salariale* n'a pas permis de détrôner tout à fait. On sait

que les femmes continuent d'assumer plus que leur part des tâches domestiques et de *care*, et cela pèse beaucoup sur les rapports entre femmes et hommes, qui demeurent inégaux. Et les infirmières en paient aussi le prix quand elles disent combien leurs conditions de travail et de vie sont difficiles.

La population a un immense capital de sympathie pour les infirmières, qui ne s'est pas démenti lors de cette pandémie. Il s'agit d'une occasion à saisir. Il est important que les ordres professionnels se parlent et proposent au gouvernement une redéfinition des rôles au sein des équipes de soins, dans un souci plus égalitaire, qui permette de répondre à l'exigence de « placer le patient au cœur des soins », mais aussi dans la perspective de garantir un climat de travail plus sain pour les travailleuses et travailleurs de la santé.

L'OIIQ devra inévitablement se pencher sur la question des différents niveaux de formation donnant accès à un même titre d'infirmière et à un même champ d'exercice. La formation et les responsabilités professionnelles sont étroitement liées au statut professionnel et déterminent les conditions de travail. C'est un aspect fondamental de la reconnaissance de la profession. ●



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

15 ans à votre service

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

24/7 agence de placement



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



**CONSEILLES VOS
PATIENTS À PRENDRE
SOIN DE LEUR SANTÉ
EN CONSOMMANT
DE FAÇON PLUS
SÉCURITAIRE**

Guérir l'hépatite C
Ce qu'il vous faut savoir si vous consommez des drogues

Ton kit:
Ce qu'il faut savoir si tu es le VIH et que tu n'injectes des drogues

Fumer du crack de façon plus sécuritaire

Fumer du crystal meth de façon plus sécuritaire

Répondre à une surdose d'opioïdes

Appelle le 911.
Donne des respirations.
Administre la naloxone.
Reste auprès de la personne et aide-la.
La Loi sur les biens personnels accorde aux victimes de surdose de Canada pour le protéger.

toward911.com

CATIE livre des ressources gratuites sur la réduction des méfaits aux particuliers et aux organisations dans tout le Canada.

 commandes.catie.ca  commandes@catie.ca    [CATIEinfo](#)

LES ACQUIS INFIRMIERS APRÈS LA PREMIÈRE VAGUE

Ce que la pandémie nous a montré jusqu'à maintenant

Les infirmières et infirmiers ont été salués, applaudis et remerciés pour leur rôle dans la pandémie de coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), plus communément appelé « COVID-19 ». Pourtant, malgré cette gratitude générale, on déplore le peu de compréhension de leur rôle de la part du réseau de la santé et de la population. L'emploi de la phrase « On a besoin de bras », une expression souvent entendue au cours des derniers mois, témoigne de la persistance d'une perception erronée de la profession, ramenant l'infirmière et l'infirmier à des exécutants dénués de jugement clinique.

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

Ces constats ne sont pas réservés au Québec, comme l'ont exprimé les panélistes d'une discussion virtuelle organisée par le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) le 17 juin dernier, à laquelle participait le président de l'OIIQ, Luc Mathieu. Patrick Chamboredon, président de l'Ordre national des infirmiers de France, Sophie Ley, présidente de l'Association suisse des infirmières, et Damien Contandriopoulos, professeur titulaire et directeur adjoint à la recherche à l'École des sciences infirmières de l'Université de Victoria en Colombie-Britannique, complétaient cette table ronde. Les quatre experts ont concentré leurs regards sur les acquis infirmiers depuis le début de la pandémie.

Les infirmières et infirmiers ont été déployés sur tous les fronts l'étendue de leurs connaissances et de leurs compétences, que ce soit dans les unités de soins intensifs, en contrôle et prévention des infections ou dans la communauté. Beaucoup s'interrogent sur l'impact de cette pandémie sur ces centaines de milliers de professionnelles dans la francophonie. En France, en Suisse et au Canada, « on leur a demandé d'être là et elles ont répondu à l'appel ». Les infirmières et infirmiers ont exercé leur travail même au péril de leur vie dans certains cas. La crise sanitaire a placé toute la profession au cœur de la tourmente, confrontée, entre autres à des difficultés d'approvisionnement en équipements de protection individuelle, à la prise en charge complexe et inédite de personnes gravement malades et, pour un certain nombre de personnes soignantes, à l'épuisement physique et mental.

PROBLÈME SÉMANTIQUE

Le dévouement attribué trop souvent à la profession infirmière dérange, tel le terme « vocation ». Cette sémantique d'un autre temps, où les premières soignantes – des religieuses – se consacraient aux personnes malades, nuit encore aujourd'hui à l'image des infirmières.

« Il faut mettre de l'avant les connaissances et les compétences de la profession », ont expliqué les panélistes. Or, les infirmières et infirmiers ont été peu présents dans les interventions politiques durant cette crise sanitaire et dans les médias, parce que non conviés à y participer. Ils sont restés en retrait sur le terrain, auprès des malades nécessitant des soins complexes. Les panélistes ont déploré cette invisibilité. Ce manque d'exposition a non seulement nui à la reconnaissance de la profession, mais a aussi entretenu une perception ambiguë. « On a entendu que le savoir infirmier était une partie du savoir médical, mais ce n'est pas le cas », soutient le président de l'OIIQ. On sait pourtant que la discipline des soins infirmiers s'appuie sur un savoir propre, une philosophie des soins et des données probantes.

SE FAIRE ENTENDRE

C'est par une prise de parole publique et politique que les panélistes entrevoient une solution à une meilleure reconnaissance de l'expertise des infirmières et infirmiers, en écho à leur contribution pendant la



panémie. Luc Mathieu convie donc toutes les instances de la profession à s'exprimer d'une seule voix. « Associations professionnelles, syndicats et OIIQ, il faut se fédérer en misant sur nos points communs », a-t-il fait valoir. ●

On peut visionner en ligne la discussion virtuelle « Les scénarios post-covid: pérenniser les acquis infirmiers » en se rendant sur la page d'accueil du SIDIEF et en cliquant sur « Les grandes discussions » (à ne pas confondre avec Les grandes conférences).



Tél. : 418 585-2110
Télé. : 418 585-3126

RECHERCHONS INFIRMIER(S) INFIRMIÈRE(S) Établissement nordique en milieu autochtone

Dynamisme, jugement, autonomie professionnelle,
leadership, ouverture culturelle !

Milieu de vie et de travail exceptionnel !

Postes : Temps complet et temps partiel régulier (clinique)

Salaire : Milieu conventionné / Multiples primes nordiques

Secteur : Kawawachicamach (Schefferville)

Responsabilités :

- Réception et traitement de la clientèle dans le cadre du plein exercice de votre champ de pratique. Soins généraux en milieu clinique.
- Participation et exécution des divers programmes de dépistage.
- Promotion et application des programmes de santé et de services courants.
- Participation aux divers programmes de santé communautaire et en santé publique.
- Service de garde clinique 24 /7.
- Participation à la bonne marche des activités médicales du CLSC.

POSTULEZ DÈS MAINTENANT !

A/S : CHEF de l'administration de Programmes
1016 Mohannis CP. 5154 Kawawachicamach (QC) G0G 2Z0
daniel.goudreault.09nspk@ssss.gouv.qc.ca

STAGIAIRE
d'un jour

ÉDITION
100^e

LA WEBSÉRIE

Saison 3



« Touchant, inspirant! De voir le non-verbal
de Paul Houde complètement dépassé
était aussi très drôle! »

- Geneviève Labart, infirmière

« J'aime tellement ces capsules! Je suis
captivée! Je viens de voir qu'il y a deux
saisons précédentes! »

- Marie-Josée Mailhot, citoyenne

VOYEZ OU REVOYEZ
stagiairedunjour.ca

En collaboration avec :



Partenaires de nos 100 ans :



GENEVIÈVE PAQUETTE

Une infirmière au cœur de la communauté

Geneviève Paquette est infirmière clinicienne et agente en prévention et promotion de la santé à Havre-Saint-Pierre. La mentore de la websérie *Stagiaire d'un jour* est tombée en amour avec la Minganie lors d'un séjour exploratoire. Elle s'y est installée pour une année... il y a sept ans !

par **LOUISE BOUCHARD**

QU'EST-CE QUI VOUS A POUSSÉE À DÉVELOPPER VOTRE EXPERTISE EN SANTÉ PUBLIQUE?

Sur la Côte-Nord, plusieurs déterminants de la santé ont un impact sur la prévalence de certaines maladies chroniques. Par exemple, la proportion de fumeurs y est plus importante que la moyenne du Québec. Le plan d'action régional en santé publique de ma région guide les actions que je mets en place. Les principaux dossiers sont notamment en lien avec la sédentarité, les surplus de poids, le tabagisme ou les traumatismes non intentionnels.

COMMENT LA PRATIQUE EN RÉGION ÉLOIGNÉE DIFFÈRE-T-ELLE DE CELLE DES GRANDS CENTRES?

Dès mon arrivée, j'ai été surprise par l'importance du travail d'équipe et de la collaboration avec les organisations, les élus et les autres professionnels. Et comme la population de la Minganie est d'environ 7 000 personnes, nous entretenons des relations privilégiées avec les gens.

QUEL RÔLE AVEZ-VOUS DANS LA COMMUNAUTÉ?

Chaque semaine, je travaille une journée en périnatalité et quatre jours en prévention et promotion. Je touche donc à une clientèle de zéro à 100 ans! Je travaille avec les familles, les garderies, les écoles et les entreprises pour mettre de l'avant de saines habitudes de vie dans les milieux, et avec les municipalités pour le développement d'environnements favorables à la santé des citoyens.

QUELLE EST VOTRE VISION DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ?

Dans le contexte actuel de pandémie, l'importance de la prévention apparaît encore plus clairement. En temps normal, on tente d'amener la population à modifier ses habitudes de vie par de grandes campagnes sociétales comme le Défi J'arrête, j'y gagne! Mais en ce moment, on sensibilise les gens par des conférences de presse quotidiennes, afin de les convaincre de se laver les mains, d'adopter une étiquette respiratoire et de maintenir une distanciation physique. Nos actions ont donc d'énormes répercussions.

EST-CE QUE LE TRAVAIL EN RÉGION ÉLOIGNÉE VOUS PERMET D'OCCUPER PLEINEMENT VOTRE CHAMP D'EXERCICE?

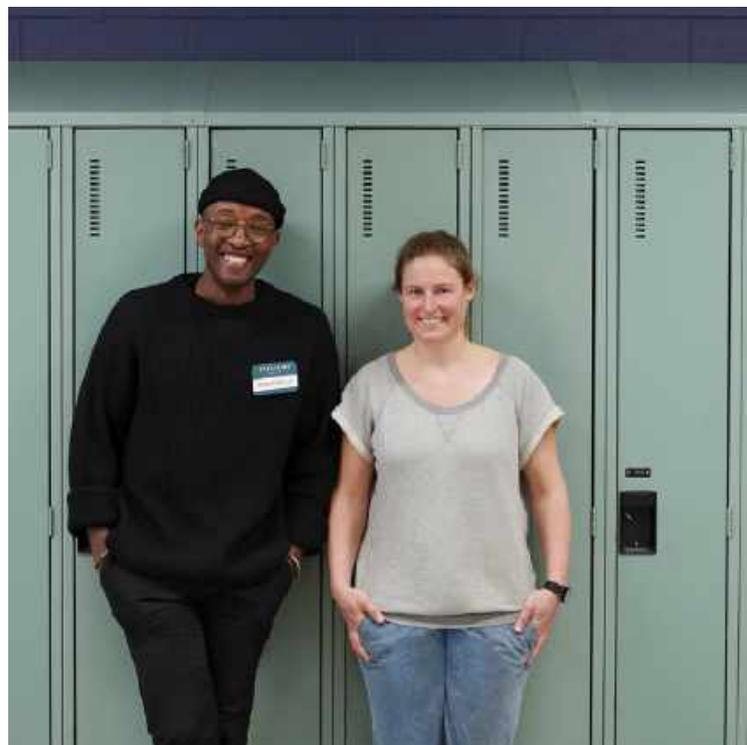
Oui! J'évalue des patients, je contribue au suivi de grossesse et postnatal, je veille au bon développement des enfants et je fais de l'enseignement auprès de la clientèle. J'ai aussi découvert que j'ai un pouvoir politique : j'identifie les meilleures pratiques et les façons de faire avancer les choses en santé publique. En tant qu'infirmières et infirmiers, c'est notre rôle de contribuer à faire changer les politiques et à influencer positivement la vie des citoyens.

EST-CE QUE VOUS PRESCRIVEZ?

Oui, je prescris les suppléments vitaminiques et l'acide folique en période prénatale et la médication pour le traitement des nausées et vomissements de grossesse. Je prescris aussi la médication pour les infections fongiques et la thérapie de remplacement de la nicotine. Mon droit de prescrire a des retombées très positives sur la clientèle, car j'assure un suivi complet de manière autonome. Je n'ai pas à adresser les patients à un autre professionnel de la santé, ce qui augmenterait probablement le temps de prise en charge.

LE QUÉBEC EST EN PLEINE PANDÉMIE DE LA COVID-19. COMMENT VOTRE EXPERTISE EN SANTÉ PUBLIQUE EST-ELLE UTILE DANS CETTE SITUATION?

Plus que jamais, mon rôle m'amène à utiliser mes compétences. Toute l'équipe de santé publique de la Côte-Nord collabore aux enquêtes épidémiologiques sur la COVID-19. Je mets à profit mes connaissances en maladies infectieuses et en prévention de la transmission de ce virus, et j'assure un rôle-conseil auprès de la population. Comme toutes les infirmières et tous les infirmiers, on travaille fort, et ensemble, pour limiter les conséquences de cette maladie. ●



Geneviève Paquette et son stagiaire d'un jour, Nicolas Ouellet (photo prise avant la pandémie).

L'ÉTOFFE DES PROFESSIONNELS

 WHITE CROSS



www.whitecross.quebec

PRIX RÉGIONAUX
**INNOVATION
CLINIQUE**
BANQUE NATIONALE
2019

Outaouais

Compétences culturelles infirmières au bénéfice de la population immigrante

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

Avec plus d'un habitant sur cinq né à l'étranger, le Canada est reconnu dans le monde comme un pays multiculturel. Les professionnels de la santé trouvent parfois difficile d'appliquer une approche de soins adaptée aux personnes immigrantes. Dans le cadre de sa maîtrise, Vesna Vlaco, infirmière praticienne spécialisée de première ligne (IP SPL) au CISSS de l'Outaouais, a mis en œuvre un programme visant à développer la compétence culturelle des infirmières et infirmiers qui y exercent.

UNE POPULATION IMMIGRANTE VULNÉRABLE

L'Outaouais arrive au quatrième rang des régions du Québec comptant le plus d'immigrants. Or, ces personnes ont tendance à retarder leur visite auprès des professionnels de la santé à cause des barrières linguistiques et culturelles. « Il en résulte une détérioration de leur état de santé », explique Vesna Vlaco. Dans la pratique, les membres de la profession infirmière rapportent des difficultés de communication et se sentent peu outillés pour répondre aux besoins de cette population considérée comme vulnérable. « Les infirmières et infirmiers sont les mieux placés pour diminuer les disparités en matière de santé, en particulier chez la population immigrante », affirme-t-elle. En s'appuyant sur les écrits scientifiques et les services offerts par divers organismes, elle a donc mis sur pied un projet centré sur la compétence culturelle, un sujet encore peu abordé dans le réseau.

LA COMPÉTENCE CULTURELLE MISE DE L'AVANT

Selon Vesna Vlaco, « l'intégration d'une formation sur la compétence culturelle à l'intention des professionnels de la santé représente une méthode efficace afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins offerts à la population immigrante ». L'IP SPL a voulu joindre les infirmières et infirmiers, mais également d'autres professionnels de la santé en contact direct avec cette population. Elle a organisé des séances d'information sur des stratégies et des ressources adaptées, persuadée que la prise en charge de cette population passe par une reconnaissance de la problématique et une augmentation des connaissances sur les valeurs, les croyances et les rituels propres aux communautés culturelles.

Vesna Vlaco rapporte des échanges constructifs avec les professionnels motivés à connaître et à utiliser des ressources pertinentes. « Des sites internet¹ avec des documents contenant des informations en santé ou des conseils sur les médicaments traduits en plusieurs langues s'avèrent essentiels pour l'enseignement », explique-t-elle. L'IP SPL a créé la première échelle d'évaluation de la douleur destinée aux patients immigrants présentant une barrière linguistique. Cet outil, sur deux pages, est composé, au recto, de pictogrammes pour localiser, qualifier et quantifier la douleur. Au verso, d'autres symptômes, comme la diarrhée ou les vomissements, complètent le tableau clinique. « Cette échelle peut aussi s'appliquer à des personnes ayant des troubles de la communication », précise Vesna Vlaco. Toutes les ressources développées dans ce projet sont facilement transférables à divers milieux et permettraient de mieux outiller les infirmières et infirmiers offrant des soins aux populations immigrantes. ●



« Cette recherche nous fournit encore la preuve que la pratique infirmière et les soins et services aux patients sont améliorés par des interventions dont l'efficacité est prouvée scientifiquement. »

1. Health information translations
<https://www.healthinfotranslations.org/>

Mauricie/Centre-du-Québec

Dépistage du délirium et interventions infirmières en soins intensifs

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

Les conséquences d'un épisode de délirium altèrent l'état de santé et augmentent les risques de complications, en particulier en survenant dans un contexte de soins intensifs. Deux infirmières du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS-MCQ), **Roxane Gélinas** et **Nathalie Thiffault**, et leur équipe ont intégré un projet innovant sur le délirium, en cohérence avec l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA).

AUX SOINS INTENSIFS

Dans les unités de soins intensifs (USI), 60 à 80 % des patients développeront un délirium avec des conséquences physiques ou psychologiques durant leur hospitalisation. « Aucun dépistage systématique du délirium n'était effectué, et nous voulions remédier à la problématique », explique Roxane Gélinas, conseillère en soins infirmiers à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS-MCQ.

Après une revue approfondie de la littérature, elle a adapté, avec l'autorisation des auteurs, l'échelle déjà validée pour le dépistage du délirium en soins critiques appelée *Confusion Assessment method – Intensive care Unit (CAM-ICU)*. « Nous avons souhaité standardiser nos pratiques dans toutes les unités de soins intensifs de notre CIUSSS », souligne l'infirmière qui a implanté avec son comité de travail un dépistage systématique deux fois par jour et au besoin. Roxane Gélinas et Andrée-Anne Paillé, infirmière clinicienne à l'USI du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR), ont formé quelque 110 infirmières et infirmiers. Cette formation a permis d'uniformiser les approches et les interventions dans les milieux de soins critiques de la région. « Pour mener à bien ce projet, il a fallu établir une étroite collaboration entre les infirmières, les médecins, une pharmacienne et les autres professionnels entourant nos patients », explique Nathalie Thiffault, conseillère-cadre à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS-MCQ.

UNE AUTONOMIE DANS LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Le dépistage et la mise en place de mesures préventives systématiques ont entraîné la diminution du nombre de cas de délirium 30 jours à peine après l'implantation du projet. « Plus de patients ont été identifiés, et chez ceux qui ont ensuite été diagnostiqués, des interventions précoces ont permis un rétablissement rapide », explique Roxane Gélinas. « Les infirmières et les infirmiers ont pris en charge le délirium de façon complètement autonome avec l'outil de dépistage et l'application d'interventions non pharmacologiques », ajoute Nathalie Thiffault. La réorientation dans les trois sphères, la baisse des stimuli lumineux et sonores, les mesures pour protéger le sommeil nocturne et l'implication des proches se sont révélées des interventions efficaces. La gestion des niveaux de sédation et d'analgésie s'est améliorée grâce à un travail concerté avec les médecins et les pharmaciens. Dans ce projet, les infirmières et infirmiers ont pu déployer leur jugement clinique en cohérence avec l'AAPA, au bénéfice de tous les patients, quel que soit leur âge •



« Les infirmières et infirmiers ont pris en charge le délirium de façon complètement autonome avec l'outil de dépistage et l'application d'interventions non pharmacologiques. »



Emmène-moi au sommet



**Partenaire
de vos sorties
de ski depuis
maintenant
8 ans!**

.....

Voir la section
avantages pour
tous les détails.



Danielle Corbeil

À l'écoute des patients et des familles

Commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services, Danielle Corbeil recueille les doléances et les commentaires des patients et de leur famille, devenant ainsi leurs yeux et leur voix pour améliorer les soins et les pratiques dans les établissements du CISSS de la Montérégie-Centre.

par CATHERINE CRÉPEAU

Danielle Corbeil est l'une des rares infirmières à occuper un poste de commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services. Une fonction qu'elle a embrassée en 2014, à l'incitation de Louise Hardy, commissaire aux plaintes et à la qualité des services, elle aussi infirmière. « Je l'ai rencontrée et nous avons discuté. Elle me voyait dans ce poste en raison de mes qualités professionnelles, de mon efficacité dans la communication verbale et écrite, de mon expérience clinique variée, notamment auprès des aînés et des adultes souffrant de troubles de santé mentale, de mes efforts pour favoriser le développement professionnel des infirmières et infirmiers, et, enfin, de mes nombreuses participations à des recherches en soins infirmiers », explique Danielle Corbeil. « Elle m'a mentionné clairement les responsabilités et les enjeux relatifs à ce poste de cadre supérieur, aspects professionnels qui m'ont tout de suite impressionnée et fortement intéressée. »

Détentriche de maîtrises en soins infirmiers et en administration publique, ayant suivi des cours de droit, Danielle Corbeil présentait également un profil complémentaire à celui de sa mentore, Louise Hardy, infirmière d'expérience en obstétrique et détentrice d'une maîtrise en droit de la santé. « Depuis, Louise et moi travaillons en tandem. »

Après plus de 25 ans d'expérience dans le réseau de la santé, Danielle Corbeil s'est rapidement adaptée à sa nouvelle fonction au CISSS Champlain-Charles-Le Moyne, puis au CISSS de la Montérégie-Centre qui regroupe une quarantaine d'établissements : CLSC, CHSLD, centres hospitaliers, de réadaptation, etc., pour le volet local, et un nombre important d'installations privées pour le mandat régional de la Montérégie, c'est-à-dire les résidences privées pour aînés, les organismes communautaires, les services préhospitaliers et autres.

Ses fonctions demandent notamment les mêmes qualités et traits de caractères qu'exige la profession infirmière, explique Danièle Corbeil. « Il faut de la compassion et de l'empathie, être intègre et indépendante, faire preuve de jugement, savoir écouter et communiquer tout en respectant les familles, les gestionnaires et les cliniciens », résume celle qui a été, entre autres, infirmière clinicienne, adjointe à la direction des soins infirmiers, conseillère en soins infirmiers, chef du développement de la pratique professionnelle en soins infirmiers, gestionnaire de programmes, directrice adjointe des affaires cliniques et de la qualité confériencière et, actuellement, toujours visiteuse d'Agrément Canada.

ATTIRER LES CONFIDENCES

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services peut être vue comme le filet de sécurité des usagers. Bien souvent, elle est la seule solution disponible pour s'assurer du respect de leurs droits et recevoir leurs plaintes avec attention. Cependant, son rôle ne se limite pas uniquement et simplement à travailler derrière un bureau. « C'est une pratique dynamique et de proximité, ce qui m'amène bien souvent à recueillir les confidences des usagers ou de leur représentant ou proche aidant, ainsi qu'à comprendre et à analyser leurs insatisfactions afin de leur apporter du soutien professionnel », précise Danielle Corbeil.

La commissaire n'est pas non plus « la police », ce que semblent craindre les employés, tels que le personnel soignant et les gestionnaires concernés par les plaintes. « Nous avons souvent besoin de rassurer les gens et nous devons leur expliquer notre rôle. La mission est d'analyser la situation et, au besoin, de faire des recommandations pour revoir les pratiques afin d'améliorer les soins à la population et, ainsi, assurer la sécurité de toutes les personnes. »

Toutes les plaintes reçues sont évaluées et, si elles sont jugées recevables, une enquête est ouverte. Il peut être question de soins jugés inadéquats, de manque d'accessibilité à un service, d'absence de continuité dans les services ou de maltraitance, comme un ton ou des gestes brusques. Les enquêtes sont menées en collaboration avec les gestionnaires de l'établissement concerné et les partenaires du réseau, mais toujours dans le respect et la nécessité de l'indépendance du rôle de commissaire, insiste Danielle Corbeil.



« Nous devons mener des enquêtes rigoureuses et détaillées afin de déterminer les sources et les solutions d'un problème. Cette responsabilité exige d'établir des liens avec les décideurs sur les plans politique, administratif et clinique. »

Les recommandations découlant d'une enquête peuvent toucher un individu, une équipe, un gestionnaire, un service ou être de nature systémique. « Je peux proposer divers outils de développement professionnel comme des stages, des formations supplémentaires ou un rappel des règles déontologiques, mais aussi diriger le dossier vers la Direction des ressources humaines si la situation relève de problèmes de compétences ou disciplinaires », souligne Danielle Corbeil. Elle précise que l'objectif d'une enquête ne vise pas à se contenter de trouver « un coupable », mais plutôt à améliorer en continu les soins et les services à la population.

UN REGARD DIFFÉRENT

Cette mission est aussi celle des infirmières et infirmiers. Danielle Corbeil souligne d'ailleurs à quel point elle peut s'appuyer sur sa formation au moment d'enquêter. « Au cours de notre pratique professionnelle, la réponse rapide à une situation est valorisée par les usagers et les responsables des services. Cela se rapproche en quelque sorte de la fonction de commissaire. En outre, nous savons ce que signifie être disponible 24/7, nous comprenons la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité, nous savons transmettre le savoir-faire et le savoir-être. Nous apportons une expertise et un point de vue différents de ceux des juristes qui sont nombreux dans les commissariats aux plaintes et à la qualité des services. »

Danielle Corbeil s'efforce de continuer à répondre aux plaintes des usagers dans l'empathie et l'écoute afin de les rassurer. « Pendant la pandémie, nous avons reçu beaucoup de plaintes, de demandes et de questions concernant la situation dans les

CHSLD, notamment dans les résidences privées pour aînés. Les proches aidants, par exemple, avaient l'impression que les consignes de protection de la santé publique n'y étaient pas respectées, tout en éprouvant beaucoup de peine et de frustrations légitimes d'être séparés de leurs proches. Comme commissaires, nous les avons écoutés et nous avons contacté les résidences et les CHSLD pour nous assurer de l'absence d'abus, pour proposer des accommodements raisonnables dans le respect du décret du MSSS ou encore afin de relayer l'information. C'est souvent dans la nuance que nous avons pu aider et rassurer les résidents et familles, notamment dans les situations de soins palliatifs », mentionne Danielle Corbeil, fière du travail accompli par son équipe pendant cette période. Tout cela sans oublier le travail exceptionnel des médecins examinateurs de l'équipe, toujours en collaboration étroite avec les commissaires aux plaintes!

UN RÔLE À FAIRE CONNAÎTRE

Danielle Corbeil donne des conférences dans les établissements du réseau de la santé et dans la communauté pour faire connaître le rôle de commissaire et le régime d'examen

des plaintes. Pendant la dernière période des fêtes de Noël, elle a effectué la tournée des chambres des CHSLD du territoire de son CISSS, pour distribuer des cartes de souhaits dans lesquelles étaient inscrites les coordonnées du commissariat aux plaintes. « Au cours des dernières années, j'ai fait beaucoup pour m'assurer que les usagers et les familles apprennent qui nous étions et comment nous joindre en cas de besoin. » Danielle Corbeil veut aussi démystifier sa fonction auprès des infirmières et infirmiers. Dans ses activités, comme lors de ses conférences, elle leur parle du régime d'examen des plaintes en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), notamment les plaintes générales et celles dites médicales concernant les membres du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). De plus, elle conseille sur le processus du régime d'examen des plaintes et des attentes envers les employés, le code d'éthique, la gestion des risques, la politique et procédure sur la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité. En outre, elle informe sur la qualité du milieu de vie et de soins. ●



PLAINTÉ OU SIGNALÉMENT : MODE D'EMPLOI

Tout usager estimant que ses droits n'ont pas été respectés, ou insatisfait des soins ou services reçus, peut déposer une plainte auprès du commissaire aux plaintes et à la qualité des services de son Centre intégré – universitaire ou non – de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS). Les coordonnées des 35 commissariats aux plaintes et à la qualité des services figurent sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les plaintes peuvent être formulées verbalement ou par écrit et la commissaire a 45 jours pour y répondre. Un usager insatisfait des conclusions peut aussi faire appel au Protecteur du citoyen pour les plaintes générales ou au comité de révision du CISSS ou CIUSSS, pour les plaintes médicales.

Pour signaler une situation affectant une personne, la commissaire, par son pouvoir d'intervention prévu par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) et la Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, est la personne toute désignée pour apporter l'aide adéquate.

Au besoin, les plaignants peuvent être accompagnés d'un proche, d'un représentant du comité des usagers d'un CISSS ou CIUSSS, du comité de résidents d'un CHSLD ou même d'un membre du centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP).



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE

La Fondation ne fera pas d'appel de candidatures cette année

Cette année, nous traversons sans équivoque des bouleversements liés à la pandémie de COVID-19. L'ensemble des infirmières et infirmiers du Québec sont mobilisés depuis plusieurs mois et travaillent sans relâche pour lutter contre cette pandémie. Je suis admirative de cette mobilisation et très fière de la force dont nous faisons preuve. L'année 2020 en est une de défis sans précédent qui met plus que jamais en lumière notre expertise, essentielle à la population.

par **LYNE TREMBLAY, inf., M. Sc. inf., présidente de la Fondation de l'OIIQ**

Dans ce contexte et parce que nos énergies sont au front, je souhaite vous informer que la Fondation de l'OIIQ ne fera pas d'appel de candidatures cette année dans le cadre du programme *Pour mieux soigner* et pour le prix *Coup de cœur leadership*.

Egalement, la Soirée Florence, l'événement-bénéfice annuel de la Fondation alliant fierté et générosité devant reconnaître le travail exceptionnel de 21 infirmières et infirmiers finalistes aux prix Florence, a été reportée au 6 mai 2021 avec l'espoir d'un horizon plus apaisé.

Même si toutes nos énergies sont mobilisées pour soutenir à bout de bras la santé des Québécois, permettez-moi de souligner avec honneur le travail accompli par la Fondation au cours de la dernière année.

UNE CONTRIBUTION QUI PERMET D'AGIR CONCRÈTEMENT

Entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2020, 28 262 infirmières et infirmiers ont fait le choix de soutenir l'avancement de la profession, en donnant à la Fondation de l'OIIQ dans le cadre de sa campagne annuelle. Plus que jamais, les infirmières et infirmiers du Québec sont appelés à jouer un rôle prédominant quant aux enjeux d'accès et de qualité des soins. Votre soutien accélère le développement du plein potentiel des infirmières et infirmiers pour mieux soigner. Je continue à dire qu'il s'agit de la plus belle reconnaissance : celle des pairs.

DES RETOMBÉES CONCRÈTES

Tous les projets soutenus par la Fondation ont des retombées directes sur l'ensemble de la population québécoise grâce à la générosité de nos donateurs et à l'expertise infirmière. Vous pouvez suivre l'état d'avancement des projets soumis par les organismes qui ont bénéficié d'une subvention de la Fondation sur le site web de la Fondation.

En janvier dernier, la subvention 2020 *Pour mieux soigner*, d'un montant de 225 000 \$, a été remise au CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) pour le projet intitulé « L'expertise indispensable des infirmières dans la promotion et la dispensation de soins humanistes aux personnes âgées : une intervention de pratique réflexive pour mieux soigner ». Je ne peux qu'encourager du fond de mon cœur ce projet qui vise assurément à rehausser la qualité de l'expérience des personnes âgées (75 ans et plus) dans les établissements de santé du CCSMTL. L'actualité de ces derniers mois nous a rappelé tristement qu'il est urgent de favoriser l'accès à des soins humanistes afin d'améliorer la santé et le bien-être de cette clientèle.

PHOTOS

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Clinique Santé Amitié



« Plus que jamais, les infirmières et infirmiers du Québec sont appelés à jouer un rôle prédominant quant aux enjeux d'accès et de qualité des soins. »

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

Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Consultante en soins infirmiers

En outre, le prix *Coup de cœur leadership* 2020, accompagné d'une bourse de 25 000 \$, a été décerné au Centre Sida Amitié. Nous avons sélectionné ce centre qui se distingue par son approche très humaine et qui mise sur l'expertise infirmière en proposant des soins et des activités de prévention à une clientèle sans médecin de famille ou à une population vulnérable. Grâce à la subvention, le Centre pourra renforcer son équipe en soins infirmiers.

DES BÉNÉVOLES DANS L'ACTION

Je suis heureuse de pouvoir compter sur l'implication d'administratrices et d'administrateurs enthousiastes. Le Conseil d'administration de la Fondation permet que nos actions prennent vie. Provenant de tous horizons, notamment de la communauté des affaires, ces personnes nous permettent de faire connaître dans des milieux très diversifiés l'aspect essentiel de l'expertise infirmière, et je leur en suis très reconnaissante.

Je souhaite aussi mentionner l'importante contribution des bénévoles qui, en donnant de leur temps, font rayonner la Fondation et la profession infirmière en prenant part à plusieurs actions et événements. Je pense, entre autres, à leur forte implication cette année dans les préparatifs amorcés pour la prochaine Soirée Florence, qui se veut exceptionnelle et mémorable, alors que l'animation sera assurée par France Beaudoin et ses artistes. C'est une invitation que je vous lance pour le 6 mai 2021.

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

Je
clique.
Je
donne.
Nous
soignons!

Chaque année, près
de 30 000 infirmières
et infirmiers

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

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

Campagne
annuelle
2020



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux
soigner.

fondationoiiq.org

À PROPOS DES **infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

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

Avec plus de 28 000 cas de chlamydia, 7 500 d'infections gonococciques et quelque 1 000 de syphilis déclarés en 2018, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) constituent l'un des problèmes prioritaires de santé publique (INSPQ, 2019). Même si certains groupes sont reconnus comme étant plus vulnérables – les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (itinérance), les HARSAH¹, les personnes consommant des drogues, les personnes incarcérées, les autochtones et les travailleurs et travailleuses du sexe – toute la population sexuellement active demeure à risque.

Réponses en page 68

1. HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. En 2018, les nouveaux cas de syphilis infectieuse touchent plus les femmes que les hommes.

02. Une seule relation sexuelle sans pénétration vaginale suffit à s'exposer à une ITSS.

03. Le test de dépistage d'une ITSS doit être fait dans les plus brefs délais après une relation sexuelle non protégée.

04. Toutes les ITSS sont des maladies à traitement obligatoire (MATO).

05. Une infirmière ou un infirmier peut prescrire un traitement pour une infection gonococcique ou à *Chlamydia trachomatis* chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel.

06. En cas de suspicion d'une ITSS, une infirmière ou un infirmier peut procéder à un examen gynécologique, uniquement en ayant suivi une formation.



De CEPI à gestionnaire : bâtis ta carrière chez nous!

April Fequet, employée depuis 2006.

April a commencé sa carrière à l'Hôpital du Haut-Richelieu en tant que CEPI, puis comme infirmière, et aujourd'hui elle occupe le poste de chef de service du bloc opératoire.

Postule en ligne : nousrecrutons.ca

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

Québec

Tout simplement brillant

Faites le saut vers le système Accu-Chek® Guide pour faciliter la gestion du diabète de vos patients



97 % des patients trouvent que le système Accu-Chek Guide est très facile à utiliser¹



Plus facile pour vos patients de retirer une bandelette à la fois



La surface d'application la plus large* sur le marché



Accu-Chek Guide respecte et dépasse les normes ISO²

accu-chek.ca

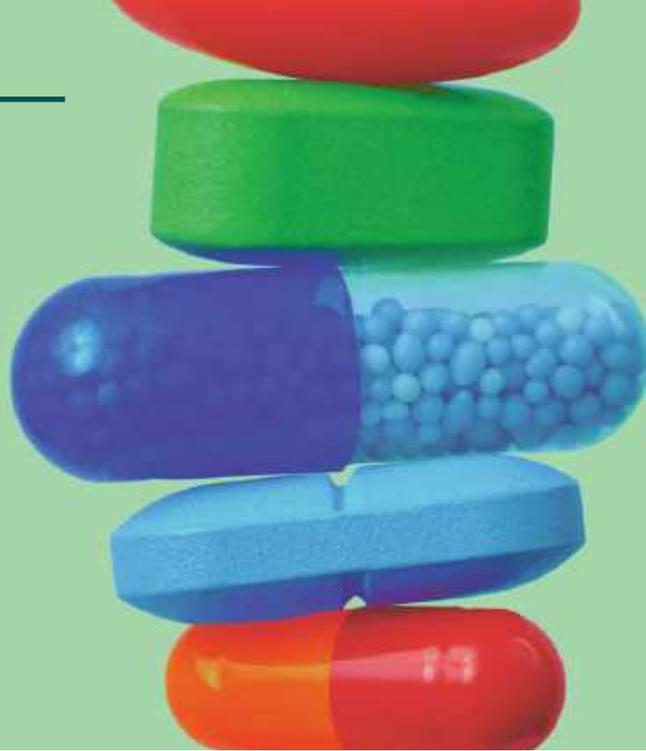
* Parmi les principaux fabricants de l'industrie. Données disponibles.

Références : 1. Harvey C *et al.* Usability Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System with a Spill-Resistant Vial, Easier Strip Handling and Connectivity to a Mobile App: Improvement of Patient Convenience and Satisfaction. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(5):1136-1141. 2. Brazg RL *et al.* New Generation Blood Glucose Monitoring System Exceeds International Accuracy Standards. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(6):1414-1415.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK GUIDE, SMARTPACK et MYSUGR sont des marques de commerce de Roche.
© 2020 Roche Soins du diabète. CA-721



ACCU-CHEK®



POLYMÉDICATION EN CHSLD

Le modèle PEPS : une organisation basée sur la collaboration infirmière-pharmacien

La polymédication est une problématique en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (Arnoldo, Cattani, Cojutti, Pea et Brusaferrero, 2016; ICIS, 2014; Jokanovic, Tan, Dooley, Kirkpatrick et Bell, 2015; Maher, Hanlon et Hajjar, 2014). Les aînés résidant en CHSLD prennent en moyenne 12 médicaments de façon régulière (APES, 2016). La prévalence des maladies chroniques s'accroît avec le vieillissement et les médicaments sont souvent utilisés pour en gérer les symptômes.

par CAROLINA TISNADO GARLAND, inf., B. Sc., LINE GUÉNETTE, B. Pharm., M. Sc., Ph. D., RACHEL ROULEAU, B. Pharm., M. Sc., et CAROLINE SIROIS, B. Pharm., Ph. D.

La proportion de personnes âgées qui consommaient 10 médicaments et plus avant le modèle PEPS a diminué de moitié après 12 mois.

Or, plus le nombre de médicaments prescrits augmente, plus les risques d'interactions médicamenteuses et d'effets indésirables s'élèvent (Johnell et Klarin, 2007; Nguyen, Fouts, Kotabe et Lo, 2006). Chez la clientèle gériatrique, la polymédication augmente également le risque de médicaments potentiellement inappropriés (MPI). Les MPI présentent peu de bienfaits ou entraînent des risques (Abdulah et al., 2018; Alhawassi, Alatawi et Alwhaibi, 2019). Les personnes âgées en CHSLD sont particulièrement vulnérables à ces effets (Arnoldo et al., 2016; ICIS, 2014).

Les soins infirmiers en CHSLD sont complexes (OIIQ, 2018). Paradoxalement, le manque de ressources humaines constitue un défi supplémentaire pour assurer une gestion optimale des médicaments. Se pose alors cette question, dont la pertinence fut accentuée récemment par la COVID-19 : comment soigner efficacement avec les ressources disponibles?

Le *Projet d'Évaluation de la Personnalisation des Soins pharmaceutiques (PEPS)* (Figure 1) en soins de longue durée propose, dans les CHSLD québécois, d'augmenter l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des infirmières, de réorganiser stratégiquement les soins,

de former le personnel soignant et de faire réviser les médicaments par le pharmacien en collaboration interdisciplinaire.

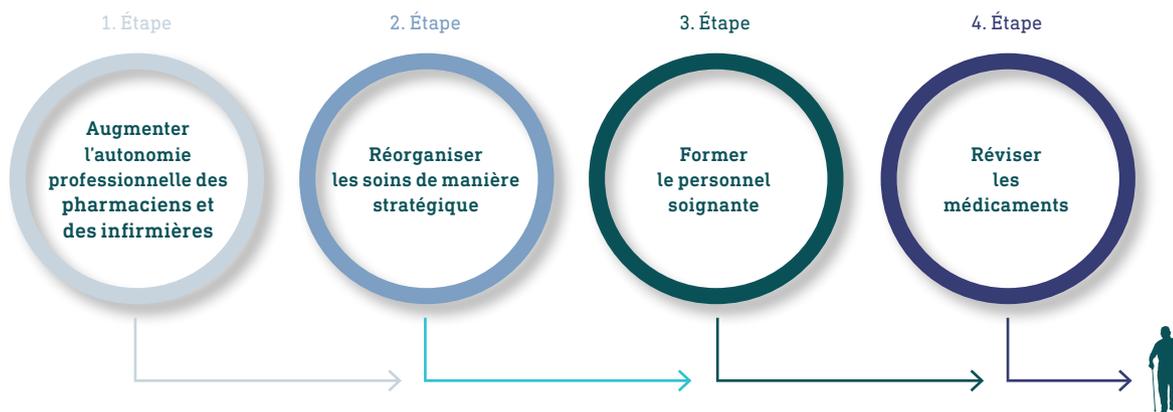
LE MODÈLE PEPS

1. Augmenter l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des infirmières

Le cadre légal, soit les lois 90 et 41, permettait déjà d'augmenter l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des infirmières. Il suffisait de l'actualiser en CHSLD. Des ordonnances collectives (OC), adaptées au milieu gériatrique, ont été créées et adoptées par de nombreux comités, dont le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), pour s'appliquer dans le cadre du projet (Tableau 1).

Le modèle PEPS favorise l'autonomie professionnelle des pharmaciens et des infirmières. Il permet notamment aux résidents de recevoir des médicaments et des soins sans nécessairement avoir été vus par un médecin. Il renforce l'alliance infirmière-pharmacien. Ce faisant, il accélère l'accès aux soins, assure une pharmacothérapie plus sécuritaire et rend les soins aux aînés plus efficaces.

Figure 1
MODÈLE PEPS



2. Réorganiser les soins de manière stratégique

Le travail a été stratégiquement réorganisé. Certains rôles professionnels étant similaires, ils ont été revus en prenant assise sur leur cadre légal et les besoins des résidents. Ainsi, le modèle PEPS prévient les chevauchements de rôles ou une discontinuité de la prise en charge d'un résident. Cette réorganisation stratégique des soins en CHSLD mise sur une collaboration interdisciplinaire efficace et sécuritaire en permettant à chaque professionnel d'exercer pleinement son champ d'expertise.

Les **préposés aux bénéficiaires (PAB)** et les **infirmières et infirmiers auxiliaires** ont un rôle de dépisteurs. Parce qu'ils connaissent bien les résidents, l'infirmière fait appel à leur collaboration pour l'informer de tout changement de comportement ou de faits inhabituels comme les signes d'une nouvelle plaie de pression, une perte d'appétit, de la confusion ou de la fatigue.

Les **infirmières et infirmiers** évaluent l'état de santé des résidents, procèdent aux examens cliniques infirmiers et donnent des soins. Ils sont le pivot entre toutes les disciplines – médecine, pharmacie, physiothérapie, nutrition, psychologie, etc. – et tous les services – cuisine, entretien ménager, loisirs, soins spirituels, etc. Ils font les demandes de consultation selon les besoins et peuvent régler des problèmes de santé courants de manière autonome en utilisant les OC.

Le **pharmacien** est l'expert du médicament. Il instaure, ajuste, suit la thérapie médicamenteuse et applique de façon étendue la *Loi sur la pharmacie (Loi 41)*. Pour favoriser l'efficacité, il prolonge les ordonnances actives d'un nouveau résident lors de son admission. En collaboration avec l'équipe de soins, il révisé régulièrement la pharmacothérapie. Autant que possible, il donne des explications à l'équipe de soins, au résident et à sa famille.

Le **médecin** fait l'évaluation médicale d'un résident lors de son admission. Il pose un diagnostic et indique l'intention thérapeutique lorsque requis. Il solutionne les cas cliniques complexes.

3. Former le personnel soignant

L'équipe PEPS a formé les équipes en place sur la réorganisation des soins et s'est assurée que les effets du modèle soient concrets et permanents. Les infirmières, les médecins et les pharmaciens ont suivi des formations respectives sur le cadre légal et réglementaire de leur champ d'exercice, leurs rôles et les pratiques sécuritaires. L'équipe PEPS leur a également fourni des outils cliniques adaptés au contexte des CHSLD, par exemple un algorithme de contact en soins infirmiers et une feuille de tournées médico-pharmaco-nursing. Un comité de suivi local a été créé dans tous les CHSLD où le PEPS a été implanté. Pour faciliter l'appropriation du modèle, des rencontres régulières ont eu lieu. Moins fréquentes par la suite, elles ont servi à répondre aux questions des intervenants et remédier aux écueils. Ces étapes ont permis une réorganisation du travail pérenne et le développement d'un leadership local.

4. Réviser les médicaments

Les médicaments de tous les résidents ont été revus par le pharmacien en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire. Ce modèle a été conçu pour répondre aux différentes problématiques rencontrées en soins de longue durée. Par exemple :

- duplications du travail médecin, infirmière et pharmacien;
- champs de compétences professionnelles inoccupés et efficacité à accroître;
- manque de médecins;
- manque de ressources – pharmaciens, infirmières, préposés aux bénéficiaires – peu motivées à pratiquer en soins de longue durée;
- surdiagnostic, surtraitement et polymédication excessive pouvant alourdir le travail de l'équipe de soins et nuire à la santé et à la qualité de vie des résidents.

Tableau 1
EXEMPLES D'ORDONNANCES COLLECTIVES CRÉÉES POUR LE PEPS

Problème de santé courant en CHSLD	Ordonnance collective
Bactériurie symptomatique	À la suite d'une évaluation et d'une demande de consultation par l'infirmière, le pharmacien peut commencer une antibiothérapie.
Dyspnée avec bronchospasme	L'infirmière peut administrer du salbutamol en aérosol-doseur.
Constipation	L'infirmière peut donner ou ajuster du polyéthylène glycol 3350 (Lax-A-Day ^{MD}).



Projet-pilote

Le PEPS a d'abord fait l'objet d'un projet-pilote en 2017 dans un CHSLD du CIUSSS de la Capitale-Nationale (CIUSSS-CN). Il a servi à tester les changements organisationnels et à concevoir des outils d'intervention et de communication ainsi que différentes formations. Le projet PEPS a été implanté dans 16 CHSLD du CIUSSS-CN.

TROIS EXEMPLES DU PEPS

Les trois exemples suivants illustrent les changements opérés dans la prestation des soins après l'implantation du PEPS.

CAS CLINIQUE N° 1 : La constipation

Lundi, 8 h

Le PAB vous avise que M. Baribeau, âgé de 85 ans, résidant dans votre CHSLD, a récemment des selles plus dures. En vérifiant le cahier de selles, vous remarquez que M. Baribeau présente souvent des petites selles dures malgré le jus de pruneau et la diète riche en fibres que vous avez instaurée avec la nutritionniste la semaine dernière. Selon les notes dans le dossier, le protocole d'élimination a été appliqué à deux reprises dans les deux dernières semaines. Vous révisiez les médicaments de M. Baribeau et relevez une ordonnance de 300 mg de sulfate ferreux par jour,

débutée il y a environ un an. Dans le dossier, aucun diagnostic ne justifie la prise de sulfate ferreux. Votre examen clinique infirmier démontre que M. Baribeau a de la difficulté à évacuer ses selles et qu'il présente une constipation apparemment chronique.

Démarche en CHSLD avant le PEPS : Vous ne pouvez pas commencer le protocole d'élimination, puisque vous devez attendre le troisième jour sans selles. Vous devrez donc continuer le suivi, les interventions non pharmacologiques et attendre la prochaine visite médicale jeudi, dans quatre jours.

Démarche APRÈS le PEPS : Vous administrez un laxatif (Lax-A-Day) à M. Baribeau en utilisant l'ordonnance collective, puis effectuez un suivi. Vous contactez le pharmacien pour obtenir son avis sur la prise quotidienne de sulfate ferreux. Le pharmacien demande une formule sanguine complète et un bilan martial afin d'évaluer la nécessité de poursuivre la prise du médicament. Il pourra aussi constater que les analyses du laboratoire sont normales et interrompre la prise de sulfate ferreux.

En accélérant l'accès aux soins, le PEPS améliore la qualité de vie du résident. Dans cet exemple, M. Baribeau n'aura probablement pas à endurer les symptômes de constipation trois jours de plus en attente de la visite du médecin. Si tout se déroule bien, le protocole d'élimination ne sera pas répété et aucun suppositoire ne sera inséré.

Le PEPS valorise le jugement clinique de l'infirmière en faisant appel à son expertise quant à l'évaluation, au traitement et au suivi des problèmes de santé courants. Étant quotidiennement auprès du patient, l'infirmière en CHSLD, avec les PAB et les infirmières auxiliaires, est en excellente position pour détecter ces problèmes et en assurer le suivi.

Dans le cas de M. Baribeau, l'infirmière avait déjà eu recours à des interventions non pharmacologiques, par exemple une modification de sa diète de concert avec la nutritionniste. Elle s'est également questionnée sur un lien possible entre le sulfate ferreux et la constipation de son patient et a demandé la réévaluation de cette prescription.

De nombreux problèmes chez les aînés relèvent d'enjeux pharmacologiques. Il est compréhensible que l'infirmière puisse recourir à l'expertise d'un pharmacien. Cette collaboration ne peut qu'améliorer les soins aux aînés. Dans cet exemple, le pharmacien demande des analyses de laboratoire en vertu de la *Loi sur la pharmacie*. Après l'exécution de l'ordonnance de laxatif, les résultats obtenus et le suivi de l'infirmière, la pertinence de poursuivre le sulfate ferreux sera soumise en fonction de l'évaluation des risques comparés aux bénéfices. Un problème de santé courant en CHSLD comme la constipation peut donc être pris en charge rapidement et sans l'intervention du médecin.

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation pour débutants en soins des pieds donnée par des infirmières

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

**FORMATION
COMPLÈTE
160 heures**

Reconnue par l'AIISQP

Prochains cours :

INTENSIF : 28 septembre 2020

ACCÉLÉRÉ : 8 septembre 2020

HEBDOMADAIRE : 10 septembre 2020

SURPIED.COM

514.990.8688

SANS FRAIS :

1.888.224.4197

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

CAS CLINIQUE N° 2 : L'admission

Lundi, 10 h

Vous accueillez M^{me} Turcotte, âgée de 79 ans, admise à votre CHSLD. Elle est accompagnée par sa fille qui vous remet une copie du dossier médical et la liste de médicaments avec les ordonnances de départ données par le centre de réadaptation d'où sa mère arrive.

Démarche en CHSLD avant le PEPS : Vous vérifiez la liste des médicaments. Vous appelez le médecin sur son téléavertisseur. Il vous rappelle. Vous lui lisez les médicaments de la liste et il vous dicte ses modifications, au besoin. Vous transcrivez ses ordres verbaux et transmettez ces nouvelles ordonnances à la pharmacie. Le pharmacien, à son tour, revérifie les médicaments de M^{me} Turcotte et les nouvelles ordonnances du médecin. S'il détecte des problèmes ou des divergences, il fait de nouveau appeler le médecin.

Démarche après le PEPS : Vous transmettez la liste des médicaments de M^{me} Turcotte au pharmacien et inscrivez la patiente pour une visite médicale. Le pharmacien peut procéder au bilan comparatif des médicaments. Il prolonge les ordonnances pertinentes et les ajuste si nécessaire.

La démarche d'admission, plus efficace, permet à l'infirmière de gagner du temps. Ainsi, elle n'a plus à rester à proximité du poste en attendant le rappel du médecin. Elle passe plus de temps auprès du patient et de sa famille, peut recueillir des données et établir un plan de soins infirmiers personnalisés.

Le rôle du pharmacien devient proactif. Il effectue un bilan comparatif des médicaments, révise et ajuste les ordonnances de manière autonome. Quant au médecin, il a 30 jours pour terminer la démarche d'admission.

CAS CLINIQUE N° 3 : La somnolence

Lundi, 14 h

Le fils de M. Raez vous dit que son père lui semble beaucoup plus somnolent qu'il ne l'était, il y a trois mois, lors de sa dernière visite. M. Raez, âgé de 71 ans, est atteint de la maladie d'Alzheimer. Son fils unique demeure à Toronto. Plusieurs mois auparavant, M. Raez a présenté des comportements perturbateurs. Il se croyait au travail, se levait à 5 h tous les matins, allait laver les tables dans les chambres des résidents et exprimait haut et fort son mécontentement envers les « autres employés ». Ses propos, parfois agressifs, réveillaient les résidents.

De plus, la collaboration avec M. Raez était devenue difficile. Comme il avait agressé physiquement des employés, le médecin lui a alors prescrit un antipsychotique, de la rispéridone à une dose initiale de 0,5 mg deux fois par jour. La posologie a ensuite été augmentée.

Vous allez donc évaluer M. Raez. Il dort lors de votre arrivée dans sa chambre. Toutefois, il se réveille facilement lorsque vous lui dites bonjour. Ses signes vitaux et le score de Glasgow sont normaux. La PAB vous informe que depuis le début de son quart de travail, M. Raez dort beaucoup. Il collabore aux soins et mange sans s'étouffer.

Le fils de M. Raez est attristé de voir son père dans cet état, et surtout, de constater que sa personnalité s'efface. Il vous demande si la maladie d'Alzheimer en est la cause. Vous le rassurez et lui dites que vous ferez un suivi.

Démarche en CHSLD avant le PEPS : Vous mettez en place une grille d'évaluation comportementale à remplir à chaque quart de travail. Vous inscrivez M. Raez à la prochaine visite médicale, jeudi, dans quatre jours.

Démarche après le PEPS : Vous mettez en place une grille d'évaluation comportementale à remplir à chaque quart de travail. Après 48 heures, vous constatez que M. Raez est somnolent à tous les quarts de travail. Vous contactez le pharmacien qui, à l'aide du dossier clinique et des informations que vous lui avez transmises, décide d'entreprendre le sevrage de l'antipsychotique en diminuant hebdomadairement la dose. Vous avisez la PAB de vous faire un suivi de l'état général de M. Raez. Vous informez son fils qu'une réduction de l'antipsychotique sera tentée en collaboration avec le pharmacien et l'équipe de soins.

La prise d'antipsychotiques pour la gestion de comportements perturbateurs peut entraîner des effets secondaires comme la somnolence. Ici, l'infirmière joue son rôle pivot auprès de la famille pour trouver une solution qui améliorera la qualité de vie du résident; auprès du pharmacien pour offrir une pharmacothérapie appropriée; et auprès de l'équipe de soins pour assurer un suivi optimal des symptômes après le changement de la posologie.

C'est dans l'ère

Écoutez le premier épisode sur l'accompagnement des proches aidants. > olliq.org/balado





© Shutterstock / perfectfab

RETOMBÉES

Preuve de son apport marquant à l'augmentation de la qualité des soins en CHSLD, le modèle PEPS a remporté cinq prix : prix Innovation de l'Ordre des pharmaciens du Québec, prix Équipe interprofessionnelle de Profession Santé, prix Hippocrate – prix Jean-Paul Marsan – pour l'innovation interprofessionnelle, prix du Centenaire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal et prix Alliance recherche-pratique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Le PEPS a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse afin d'en mesurer les impacts. Ses résultats sur la réduction de la polymédication des résidents sont notamment remarquables. En effet, la proportion de personnes âgées qui consommaient 10 médicaments ou plus avant le modèle PEPS a diminué de moitié après 12 mois, passant de 42 % à 21 %. De plus, les professionnels de la santé mentionnent apprécier grandement

le modèle. Ils se sentent valorisés, motivés et mobilisés. Ces résultats suggèrent que le PEPS pourrait avoir des retombées positives s'il était étendu à l'ensemble des CHSLD du Québec.

CONCLUSION

Le modèle PEPS permet d'optimiser le travail en CHSLD. Il prouve que la collaboration interdisciplinaire permet de soigner efficacement, rapidement et de manière sécuritaire. Le fait de diminuer le nombre d'ordonnances implique moins de médicaments à préparer, à distribuer, à administrer et moins de risque d'erreurs médicamenteuses ayant des effets délétères pour le résident. Le temps gagné grâce au PEPS donne aussi au personnel plus de latitude pour les interventions de soins et les rapprochements avec les résidents. ●

FORMATION CONTINUE

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

DES FORMATIONS ACCRÉDITÉES POUR OPTIMISER VOTRE JUGEMENT CLINIQUE

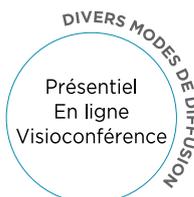
FORMATIONS ACCRÉDITÉES PERTINENTES, ÉCONOMIQUES ET ADAPTÉES À VOS BESOINS

- Le leadership infirmier
- Les chutes, leur prévention et leur suivi
- La maltraitance envers les personnes âgées
- Les pansements et les plaies : un duo inséparable

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

Les directrices de soins apprécient :

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



FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS PODOLOGIQUES

160 h | formule intensive ou régulière

Les participantes apprécient :

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

Un monde de possibilités

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

LES AUTEURES

CAROLINA TISNADO GARLAND
Inf. Aut., B. Sc.

Infirmière clinicienne assistante chef en CHSLD et en unité de réadaptation fonctionnelle intensive (urfi) au CIUSSS de l'est-de-l'île-de-montréal et étudiante à la maîtrise en épidémiologie clinique à l'Université Laval.

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

Professeure à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Chercheure dans l'axe de recherche Santé des populations et pratiques optimales en santé (SP-POS) au Centre de recherche du CHU de Québec et au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval.

RACHEL ROULEAU
B. Pharm., M. Sc.

Chef adjointe du Département de pharmacie du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Chercheure associée au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, maintenant connu sous le nom de VITAM.

CAROLINE SIROIS
B. Pharm., Ph. D.

Professeure à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Chercheure au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et au Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval.

FINANCEMENT

CAROLINA TISNADO GARLAND est lauréate d'une bourse de recrutement à la maîtrise de l'Université Laval, d'une bourse de poursuite des études de 2^e cycle du CERSSPL-UL, d'une bourse de persévérance aux études supérieures du CEVQ et d'une bourse de soutien à la diffusion des résultats de recherche de l'axe de recherche (SP-POS).

CAROLINE SIROIS reçoit une bourse salariale Junior 1 du Fonds de recherche de Québec – Santé (FRQS) et des fonds de démarrage du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL).

Le projet de recherche PEPS a obtenu des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Fondation de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, de la Fondation pour les aînés et l'innovation sociale (FAIS), du Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) et du Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNA/CCNV).

RÉFÉRENCES

Abdulrah, R., Insani, W. N., Destiani, D. P., Rohmaniasari, N., Mohenathas, N. D. et Barliana, M. I. (2018). «Polypharmacy leads to increased prevalence of potentially inappropriate medication in the Indonesian geriatric population visiting primary care facilities». *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 14, 1591-1597.

Alhawassi, T. M., Alatawi, W. et Alwhaibi, M. (2019). «Prevalence of potentially inappropriate medications use among older adults and risk factors using the 2015 American Geriatrics Society Beers criteria». *BMC Geriatrics*, 19(1), 154.

Arnoldo, L., Cattani, G., Cojutti, P., Pea, F. et Brusaferra, S. (2016). «Monitoring polypharmacy in healthcare systems through a multi-setting survey: Should we put more attention on long term care facilities?». *Journal of Public Health Research*, 5(3), 745.

Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (APES). (2016). «Meilleures pratiques en CHSLD et en SAD». Repéré à <https://www.apesquebec.org/sites/default/files/publications/memoires/20161103-mem-chsld-sad.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2014). «Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012 – Rapport, mis à jour en octobre 2014». Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/Drug_Use_in_Seniors_on_Public_Drug_Programs_FR_web_Oct.pdf

Johnell, K. et Klarin, I. (2007). «The relationship between number of drugs and potential drug-drug interactions in the elderly: A study of over 600,000 elderly patients from the Swedish Prescribed Drug Register». *Drug Safety*, 30(10), 911-918.

Jokanovic, N., Tan, E. C., Dooley, M. J., Kirkpatrick, C. M. et Bell, J. S. (2015). «Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review». *Journal of American Medical Directors Association*, 16(6), 535.e1-535.e2.

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

Nguyen, J. K., Fouts, M. M., Kotabe, S. E. et La, E. (2006). «Polypharmacy as a risk factor for adverse drug reactions in geriatric nursing home residents». *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 4(1), 36-41.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Exercice infirmier auprès des personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) – Cadre de référence». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4504-exercice-infirmier-chsld-cadre-reference-web.pdf>

AU FRONT AVEC LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS



ENSEMBLE POUR CHACUN

csn.qc.ca/coronavirus





MERCI!

d'être là au quotidien
pour nous et nos familles

Remerciements aux membres de l'OIIQ!

La Capitale rend hommage au professionnalisme
et à la contribution exceptionnelle de tous les
membres de l'OIIQ.

Nous vous remercions pour le dévouement et le courage
dont vous faites preuve en tout temps pour veiller
sur la population.

Vous avez toute notre admiration et notre respect!

[lacapitale.com/oiiq](https://www.lacapitale.com/oiiq)

La Capitale 



INTIMIDATION AU TRAVAIL

Évaluer la condition de santé des victimes

L'intimidation est une agression psychologique caractérisée par un déséquilibre du pouvoir entre l'agresseur et sa victime. Cette forme de violence peut être horizontale ou verticale. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII), elle toucherait plus de la moitié de la profession et de la communauté étudiante en soins infirmiers (AIIC, 2014).

par **CLAIRE CHAPADOS, inf., Ph. D.**

La *Public Services Health and Safety Association* (PSHSA) de l'Ontario affirme que l'intimidation est « la forme de violence la plus inquiétante vécue par le personnel infirmier » et qu'elle contribue aux difficultés de rétention et de recrutement (PSHSA, 2013).

INTIMIDATION ET HARCÈLEMENT

L'intimidation afflige aussi le milieu scolaire. De nombreux outils ont été mis à la disposition des enseignants, parents et élèves pour prévenir ou contrer cette forme de violence. Pour la conseillère pédagogique Chantal Boutet, il y a « intimidation » si on note la présence des trois « i » : « Inégalité, Intention et Impact ». Trois questions aident à reconnaître l'intimidation : l'intention vise-t-elle à faire du mal?; existe-t-il un rapport de force inégal?; et les gestes commis ont-ils un impact sur la victime? (École Marguerite-Bourgeoys, 2013). L'impact peut se manifester par de la peur, de la gêne et de la souffrance.

D'une province ou d'un territoire à l'autre, les exigences quant à la prévention de la violence et du harcèlement varient. « Certaines administrations considèrent le harcèlement comme une forme de violence tandis que d'autres le définissent de manière distincte. Le harcèlement comprend tout comportement généralement considéré comme malvenu qui abaisse une personne, la gêne, l'humilie, l'ennuie, l'inquiète ou l'injurie. Il peut s'agir de mots, de gestes, d'intimidation ou d'autres comportements inappropriés (CCHST, 2019a). »

Au Québec, la *Loi sur les normes du travail* définit le harcèlement psychologique. Généralement, la conduite d'un harceleur envers sa victime doit être vexatoire et répétée (**Encadré 1**).

Au Canada, le harcèlement et la violence se définissent « comme tout acte, comportement ou propos, notamment de nature sexuelle, qui pourrait vraisemblablement offenser ou humilier un employé ou lui causer toute autre blessure ou maladie physique ou psychologique. » Adopté en 2019, le « Règlement sur la prévention du harcèlement et de la violence dans le lieu de travail » oblige les employeurs à élaborer une politique de prévention dans les établissements sous autorité fédérale.

Selon la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), l'intimidation peut être du harcèlement psychologique (CNESST, 2018). Il diffère en ce sens qu'il s'agit d'une forme de discrimination consistant à traiter une personne différemment ou à la dénigrer en raison de certaines caractéristiques telles que l'âge, la couleur de la peau, la religion, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation familiale ou matrimoniale et le handicap physique ou mental (Croix-Rouge canadienne, 2019).

Le harcèlement est un problème sérieux, complexe et difficile à évaluer, souvent banalisé et peu dénoncé. Il survient à tous les niveaux de la structure hiérarchique, entre patrons, entre collègues de travail, d'un gestionnaire envers son subalterne

Encadré 1

ARTICLE 81.18 DE LA LOI SUR LES NORMES DU TRAVAIL (RLRQ, CHAPITRE N-1.1)

Pour l'application de la présente loi, on entend par « harcèlement psychologique » une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. Pour plus de précision, le harcèlement psychologique comprend une telle conduite lorsqu'elle se manifeste par de telles paroles, de tels actes ou de tels gestes à caractère sexuel.

Une seule conduite grave peut aussi constituer du harcèlement psychologique si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu pour le salarié.

Sources: 2002, c. 80, a. 47; 2018, c. 21, a. 33

ou dans la situation inverse. Les personnes impliquées peuvent être seules ou agir en groupe. Le harcèlement peut venir d'un patient, d'un visiteur ou d'un fournisseur extérieur (CNESS, 2019b).

La violence au travail n'est ni une plaisanterie, ni un conflit entre deux personnes, ni une divergence d'opinions. Selon le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST), « elle désigne tout acte ou comportement faisant en sorte qu'une personne est abusée, menacée, intimidée, harcelée ou attaquée dans son travail (CCHST, 2019a). »

Le CCHST précise qu'il peut être difficile de discerner la présence d'intimidation sur un lieu de travail parce que la ligne entre une gestion rigoureuse et de l'intimidation est mince. Ainsi, des commentaires objectifs donnant une rétroaction constructive ne seront pas considérés comme de l'intimidation (CCHST, 2019b).

INTERVENIR

Si rien n'est fait pour aider une victime de violence, les conséquences à court et à long terme peuvent être graves autant pour elle que pour son entourage. Chaque personne réagit différemment. Ces conséquences peuvent se manifester par des problèmes de santé physique et psychologiques pouvant mener jusqu'au suicide; par des dépendances à l'alcool et aux drogues; par des difficultés professionnelles causant une perte d'intérêt au travail, une baisse de productivité, des erreurs, de l'absentéisme, un congédiement, des problèmes financiers, familiaux et conjugaux (AHC, 2014; PSHSA, 2013).

Pour Giorgio (2018), « le contexte professionnel peut jouer un rôle important dans le développement de l'usage de l'alcool, de produits illicites et de médicaments psychotropes : pénibilité de certains postes, stress au travail, " déshumanisation " des rapports de travail dans certaines grandes entreprises au profit des seules exigences de rentabilité. »

En 2016, dans un article rédigé en collaboration avec Margot Phaneuf et Louise Gareau, je donnais quelques pistes aux infirmières et infirmiers victimes d'intimidation (Chapados, Phaneuf et Gareau, 2017). Dans le présent article, je leur propose des outils pour évaluer et aider les victimes de violence au travail.

RECONNAÎTRE L'INTIMIDATION

Dans le cadre de l'évaluation de l'état de santé d'une personne, l'infirmière ou l'infirmier doit recueillir des informations et, ensuite, les interpréter. Lors d'une rencontre avec une victime de violence, l'infirmière ou l'infirmier doit faire preuve d'aptitudes interrelationnelles afin d'établir un lien de confiance et d'obtenir le plus de renseignements possible.

Dans un premier temps, l'infirmière ou l'infirmier débute par une évaluation subjective en notant les informations générales d'ordre sociodémographique : nom, adresse, sexe, âge, date et lieu de naissance, état matrimonial, occupation, origine ethnique, nationalité, langues parlées, date de la rencontre, etc. La personne donne-t-elle elle-même ces informations ou sont-elles transmises à l'infirmière ou l'infirmier par son accompagnateur (ami, parent, etc.)?

Qu'est-ce qui amène la personne à consulter? Quels sont les motifs de sa visite? L'infirmière ou l'infirmier lui fera préciser ses symptômes et leur nature en utilisant la formule PQRSTU, une méthode d'évaluation de la douleur par entrevue.

Elle ou il vérifie aussi les antécédents personnels, médicaux, chirurgicaux et familiaux de la personne ainsi que son histoire psychosociale : sa profession, ses loisirs, ses activités, sa situation socio-économique, etc. Elle ou il récolte de l'information personnelle comme sa religion, ses mariages, ses études, ses hospitalisations, ses chirurgies et ses allergies, puis utilisera l'outil AMPLE (A : Allergies/réactions; M : Médicaments; P : Passé; L : *Last meal* (dernier repas); et E : Événements et Environnement (Jarvis, 2015; p. 74).

Tout en discutant avec la personne de ses problèmes de santé, l'infirmière ou l'infirmier obtient des renseignements sur leur origine et leurs causes. Il est important pour elle ou lui de connaître les différents types d'intimidation. La Croix-Rouge en présente quatre : *l'intimidation physique*, qui comporte l'utilisation de la force ou de la violence physique contre une autre personne (la frapper); *l'intimidation verbale*, soit des attaques en utilisant des mots ou des insultes (la traiter de noms), *l'intimidation sociale ou relationnelle*, qui consiste à faire du mal à une personne en l'excluant ou en répandant des rumeurs à son sujet (médiances ou commérages malveillants); et la *cyberintimidation*,

Tableau 1
QUESTIONS RELATIVES À LA SITUATION DE VIOLENCE

1. Quand le premier acte de violence a-t-il débuté? Dans quelles circonstances?
2. Comment vous sentez-vous avant de rencontrer la personne qui vous intimide? <ul style="list-style-type: none"> • Par exemple, la victime peut ressentir de la peur et de l'impuissance. Elle a un désir de fuir. Elle perçoit l'existence d'un problème. Le trac est une angoisse irraisonnée éprouvée au moment de subir une épreuve, d'affronter une situation nouvelle ou une difficulté. Il se manifeste par des décharges d'adrénaline provoquant diverses réactions plus ou moins fortes (Weisz, 2006). Selon Debout et Larose (2003), le trac est perçu dans 20 % des situations.
3. Que se passe-t-il pendant vos rencontres? Décrivez le comportement de la personne. <ul style="list-style-type: none"> • Par exemple, son sourire est méprisant, son ton insultant. Elle frappe le bureau. Elle crie. Elle lance des documents.
4. Vous rend-elle responsable de son comportement?
5. Vous laisse-t-elle vous exprimer? Vous interrompt-elle? Est-elle capable d'écouter ce que vous avez à dire?
6. Qu'avez-vous le goût de faire ou de dire lorsqu'elle vous attaque? <ul style="list-style-type: none"> • Au moment de la rencontre, il peut être bénéfique de demander à la personne qui intimide pourquoi elle utilise ce ton, lui dire fermement que son comportement est inacceptable et lui demander de cesser (CCHST, 2019b).
7. Savez-vous ce qu'elle vous reproche? <ul style="list-style-type: none"> • Par exemple, elle accuse la victime d'être incompetente, de mal travailler, d'être en retard, de quitter son travail trop tôt, de surveiller ses collègues, etc.
8. Savez-vous pour quelle raison elle réagit ainsi?
9. À quelle fréquence ces situations surviennent-elles?
10. Y a-t-il des collègues ou d'autres personnes témoins de son comportement? Si oui, comment réagissent-elles? Vous soutiennent-elles? <ul style="list-style-type: none"> • « La trahison par les collègues et les proches est plus pénible que le harcèlement lui-même » (Dejours et Bègue, 2009). • « Harcelée, mais bénéficiant du soutien moral et de la prévenance des autres, la victime résiste psychologiquement beaucoup mieux » (Dejours et Bègue, 2009).
11. Ces situations ont-elles un impact sur vos relations interpersonnelles avec ces mêmes collègues? Font-ils comme si vous n'existiez pas? Communiquent-ils avec vous seulement par écrit?
12. Comment vous sentez-vous après la rencontre? Par exemple, la victime peut se dire sidérée, exaspérée, agitée (pleurs et gémissements). Elle se sent responsable de l'attitude de la personne qui l'intimide. <ul style="list-style-type: none"> • Une fois l'agression terminée, la victime ressent une décharge émotionnelle qui se manifeste par plusieurs comportements et diverses réactions susceptibles de l'amener à ne plus savoir qui elle est vraiment et à douter d'elle-même. Pourraient alors apparaître des symptômes comme l'angoisse, la peur, l'insomnie et l'irritabilité, ainsi que des réactions psychosomatiques comme des troubles digestifs ou une perte d'appétit (Debout et Larose, 2003).
13. Ces situations ont-elles un impact sur votre vie personnelle? Sur votre vie familiale? <ul style="list-style-type: none"> • Le harcèlement moral a de nombreuses répercussions sur la santé des victimes et sur les rapports avec leur entourage (Debout et Larose, 2003).
14. Ressentez-vous de l'agressivité envers vos proches? <ul style="list-style-type: none"> • Les intimideurs peuvent blesser et rendre malades leurs victimes qui, à leur tour, peuvent présenter plusieurs effets (PSHSA, 2013).
15. Essayez-vous de vous sortir de cette situation d'intimidation? En avez-vous parlé des personnes de confiance? <ul style="list-style-type: none"> • Souvent, les victimes n'ont pas tendance à en parler, pensant que c'est mérité (Eggertson, 2011). Elles ne doivent pas se culpabiliser. Elles doivent maintenir leurs relations sociales et parler de leur situation avec leur famille, leurs amis et leur entourage.
16. Avez-vous consulté des personnes ressources au sein de votre établissement, comme votre employeur, un représentant syndical ou encore votre médecin traitant?
17. Recevez-vous du soutien à l'extérieur de votre emploi? <ul style="list-style-type: none"> • La victime ne sait pas mettre des mots sur sa dépression et cela rend difficile l'aide que souhaite lui apporter sa famille (Debout et Larose, 2003; p. 105).
18. Avez-vous pensé à quitter votre emploi?
19. De quelle façon aimeriez-vous recevoir de l'aide?
20. Prenez-vous en note ces événements de violence? <ul style="list-style-type: none"> • Il est important de tenir un journal et d'y mentionner les faits en indiquant la date, l'heure, les détails de la situation d'intimidation, les témoins s'il y a lieu ainsi que le résultat (CCHST, 2019b).

Tableau 2
QUESTIONS RELATIVES AUX SYMPTÔMES ET À L'ÉTAT DE SANTÉ

QUESTIONS	SYMPTÔMES ET SPÉCIFICITÉS
Psychologiquement, comment vous sentez-vous?	Anxiété, choc, colère, dépression, difficulté de concentration, difficulté à relaxer, maux de tête, ennui, humeur désagréable, irritabilité, manque de logique, méfiance, attention diminuée, nervosité, état de panique, pensées inhabituelles, perte de mémoire, perte d'intérêt dans la vie, stress. Spécificités Faible estime de soi et isolement (AIIC, 2014).
Physiquement, comment est votre état de santé? Avez-vous suffisamment d'énergie? Avez-vous de la difficulté ou des problèmes à dormir? Votre poids a-t-il changé? De combien et depuis quand?	Fatigue Insomnie, changement de poids
Avez-vous des problèmes avec votre peau ou vos cheveux?	Rougeur, plaques sur la peau, ecchymose, eczéma, psoriasis, éruption cutanée, zona, perte de cheveux.
Avez-vous observé des modifications de votre tête, de votre visage et de votre cou?	Maux de tête, migraines, étourdissements, céphalées, raideur à la nuque, contraction du visage, apparence de nodules.
Avez-vous des problèmes aux yeux?	Rougeurs, larmoiements. Spécificité L'hypertension peut provoquer les yeux rouges. Les yeux sont irrigués par plusieurs vaisseaux sanguins. Cette manifestation doit être étroitement surveillée.
Avez-vous des problèmes aux oreilles?	Démangeaisons. Spécificité Lors de stress et d'anxiété, des lésions de psoriasis peuvent provoquer des démangeaisons dans l'oreille externe.
Avez-vous remarqué des troubles dans votre nez, votre bouche et votre gorge?	Saignement du nez, sensation de boule dans la gorge, sécheresse de la bouche, variation de la voix, difficulté à parler ou voix tremblante.
Avez-vous observé des changements de vos seins?	Douleur, masses, écoulements.
Avez-vous observé des changements de votre respiration?	Sensation d'étouffer, hyperventilation.
Avez-vous des troubles ou ressenti des problèmes avec votre cœur?	Palpitations, douleurs thoraciques.
Avez-vous de l'appétit?	Modification de l'appétit. Nausées, vomissements, brûlures d'estomac, diarrhée, constipation.
Avez-vous des problèmes articulaires ou musculaires?	Maux de dos. Spécificité Les troubles musculo-squelettiques liés au travail et aux conditions de travail sont souvent recensés (Turcot, Stock et Lazreg, 2014; Dejours, 2003; p. 49)
Avez-vous des troubles neurologiques?	Tremblements, engourdissements, fourmillements ou picotements.
Avez-vous des troubles urinaires? Avez-vous des troubles de dysfonctions sexuelles?	Brûlement lors des mictions, infections urinaires. Perte de désir sexuel ou de libido. Spécificité Certaines personnes peuvent éprouver des problèmes sexuels ou des complications durant leur grossesse (Nadeau, 2014).
Avez-vous d'autres informations à me donner sur votre état et désirez-vous ajouter autre chose?	

« *Beaucoup de ceux qui sont confrontés jour après jour à la violence pensent qu'elle fait intrinsèquement partie de la condition humaine. Mais il n'en est rien. La violence n'est pas une fatalité et on peut démanteler une culture de la violence. Dans mon propre pays et dans le monde entier, il y a des exemples extraordinaires qui montrent que la violence peut être endiguée. Les gouvernements, les communautés et les individus peuvent changer le cours des choses.* »

NELSON MANDELA (HIRIGOYEN, 2014)

où des médias électroniques sont utilisés pour menacer, gêner, intimider, exclure ou ternir la réputation d'une personne (Croix-Rouge canadienne, 2019).

En plus de ces quatre formes d'intimidation, le gouvernement du Québec en ajoute une cinquième : l'*intimidation matérielle*, soit des actions qui endommagent le milieu de vie d'une personne ou la privent de ses biens (vol ou vandalisme) (Gouvernement du Québec, 2019).

Si la situation de la personne rencontrée laisse supposer de l'intimidation ou toute autre forme de violence, l'infirmière ou l'infirmier doit tenter de cerner la perception de cette situation par la victime. Par exemple, la considère-t-elle comme menaçante pour elle-même, ses enfants ou d'autres personnes de son entourage? A-t-elle des idées suicidaires ou d'homicide? Est-elle en état de stress post-traumatique? A-t-elle recours à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues pour y faire face? L'infirmière ou l'infirmier poursuit son évaluation subjective en recueillant des informations relatives à la situation de violence. Plusieurs questions l'aideront à mieux comprendre la victime (**Tableau 1**).

ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ

Pendant toute la durée de la rencontre, l'infirmière ou l'infirmier doit porter attention à l'état mental de la personne, tenir compte du contact visuel, observer son affect, son humeur, son apparence et son hygiène corporelle. Ensuite, elle ou il vérifie son orientation et le niveau de détresse, considère ses changements de comportement ou de perception, le processus de sa pensée, son jugement et, s'il y a lieu, note la présence d'une instabilité motrice.

L'infirmière ou l'infirmier continue son évaluation subjective en effectuant une revue des systèmes, de la tête aux pieds s'il y a lieu, en questionnant la personne sur son état de santé pour connaître plus précisément ses symptômes (**Tableau 2**).

Après avoir répertorié les symptômes, elle ou il procède à une évaluation objective, ciblée ou complète, par l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation et les mesures de la personne, entre autres ses signes vitaux, son poids, sa taille, son acuité visuelle, sa force musculaire s'il y a lieu, avant d'établir ses constats d'évaluation pouvant faire l'objet d'un suivi.



L'infirmière ou l'infirmier doit détenir des compétences et des connaissances avancées pour réaliser une évaluation clinique adéquate de la santé.

Elle ou il connaît ses compétences et ne doit pas hésiter à diriger la personne vers une collègue ou un autre professionnel en cas de doute sur son habilitation à effectuer l'évaluation de la condition physique et psychologique.

Les infirmières et infirmiers doivent reconnaître et soutenir les victimes d'intimidation au travail, peuvent répondre à leurs besoins et les diriger vers les ressources nécessaires. ●



LA GASPÉSIE RECRUTE
DES INFIRMIÈRES ET
DES INFIRMIERS

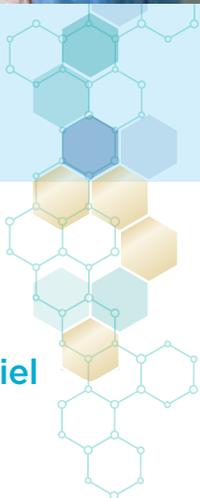
Joins-toi à notre équipe!

www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/emplois-et-stages

S'offrir des possibilités

Centre de simulation à la fine pointe des technologies

Vaste réseau et expertises cliniques



Formation en présentiel et en ligne

Programmes à tous les cycles

Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
et du monde.

Pour toute question :
information@scinf.umontreal.ca

Pour vous inscrire :
admission.umontreal.ca

fsi.umontreal.ca

Suivez-nous!



facultedes sciences infirmieres universite demontreal



fsi_ umontreal



@fsiudem



Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal



Faculté des sciences infirmières de l'UdeM

L'AUTEURE

CLAIRE CHAPADOS
Inf., Ph. D.

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Depuis 25 ans, un de ses intérêts d'enseignement et de recherche porte sur l'évaluation de la santé physique et mentale ainsi que l'examen clinique.

RÉFÉRENCES

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2014). «La violence et l'intimidation en milieu de travail». Énoncé de position commun. 10 p. Repéré à <https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/la-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail-annonce-de-position-commun.pdf?la=fr&hash=B1E26F3DDFC9F300E07725FEC6DB2B6C6507FB9C>
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2019a). «Violence en milieu de travail». Repéré à <https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html>
- Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST). (2019b). «Intimidation en milieu de travail». 2019. Repéré à www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/bullying.html
- Chapados, C., Phaneuf, M. et Gareau, L. (2017). «L'intimidation au travail – Soutenir les infirmières qui la subissent, est-ce possible? ». Perspective infirmière, 14(1), 47-50. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol14no01/10-milieu-professionnel.pdf>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). (2019a). «Harçèlement psychologique ou sexuel». Repéré à <https://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique-ou-sexuel/index.html>
- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). (2019b). «Les multiples visages du harcèlement». Repéré à <https://www.cnt.gouv.qc.ca/en-cas-de/harcelement-psychologique-ou-sexuel/les-multiples-visages-du-harcelement/index.html>
- Croix-Rouge canadienne. (2019). «Définir l'intimidation et le harcèlement». Repéré à <https://www.croixrouge.ca/nos-champs-d-action/prevention-de-la-violence-et-de-l-intimidation/educateurs/prevention-de-l-intimidation-et-du-harcelement/definir-l-intimidation-et-le-harcelement>
- Debout, M. et Larose, C. (2003). «Violences au travail: Aggressions – Harcèlements – Plans sociaux». Paris: VO Éditions – Les éditions de l'Atelier.
- Dejours, C. (2003). «L'évaluation du travail à l'épreuve du réel: Critique des fondements de l'évaluation» [Conférence-débat, Sciences en question-INRA]. Paris: Éditions Quæ.
- Dejours, C. et Bègue, F. (2009). «Suicide et travail: Que faire?». Paris: Presses universitaires de France.
- École Marguerite-Bourgeoys. (2013). «Plan de lutte contre l'intimidation et la violence à l'école». Saint-Jean-sur-Richelieu, QC: Commission scolaire des Hautes-Rivières. Repéré à <https://www.csdhr.qc.ca/wp-content/uploads/2019/10/061-Plan-de-lutte-2018-2019.pdf>
- Eggertson, L. (2011). «Pris pour cible. L'intimidation et les mesures qui s'imposent». L'infirmière canadienne. Repéré à <https://www.canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2011/juin-2011/pris-pour-cible>
- Giorgio, M.-T. (2018). «Prise d'anxiolytiques et somnifères au long cours pour supporter des conditions de travail difficiles: risques pour la santé». Repéré à <https://www.atosante.com/actualites/anxiolytiques-somniferes-condition-travail-risques-sante>
- «Règlement sur la prévention du harcèlement et de la violence dans le lieu de travail».
- Gouvernement du Québec. (2019). «Intimidation». Repéré à <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/intimidation/#c4825>
- Hirigoyen, M.-F. (2014). «Le harcèlement moral au travail». Paris: Presses universitaires de France.
- Jarvis, C. (2015). «Regard global sur l'histoire de santé». Dans C. Chapados et É. Lavertu (dir.), L'examen clinique et l'évaluation de la santé (2^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- «Loi sur les normes du travail», RLRQ, c. N-1.1, art. 81.18.
- Nadeau, J. (2014). «Le harcèlement psychologique en milieu de travail: l'accès difficile à l'indemnisation» [Mémoire de maîtrise en droit]. Québec: Université Laval. Repéré à <http://corpus.ulaval.ca/jspui/bitstream/20.500.11794/24852/1/30569.pdf>
- Public Services Health and Safety Association (PSHSA) [Association de santé et sécurité pour les services publics]. (2013). «L'intimidation en milieu de travail. Un manuel pour le milieu de travail». Toronto, ON: PSHSA. Repéré à <https://terraform-2018042317445374680000001.s3.amazonaws.com/attachments/cjiisgq2800dafxj7pg4gd0ew-vwbmofr0413-bullywkplace-booklet-2013-04-03fr.pdf>
- Turcot, A., Stock, S. et Lazreg, F. (2014). «Ampleur des troubles musculo-squelettiques liés au travail». Dans Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Québec: INSPQ.
- Weisz, S. (2006). «Gérer les personnalités difficiles au travail». Paris: Maxima – Laurent du Mesnil.

SINCÈREMENT
MERCI

NOUS AVONS
PLUS QUE JAMAIS
BESOIN
DE VOUS

PLACEMENT EN SANTÉ
RECRUTEMENT
INFIRMIÈRES
partout au Québec



PLACEMENT EN SANTÉ

OBTENEZ UNE PRIME

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

CODEBLEU.CA

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



*Certaines conditions s'appliquent.
Numéro de permis : AP-200016



ÉTUDE EN DERMATOLOGIE AU CHU DE QUÉBEC

Lisibilité des documents d'enseignement remis aux patients

En dermatologie, tout comme dans les autres domaines de la santé, les documents d'enseignement remis aux patients ou aux clients sont un complément à l'information fournie par les professionnels de la santé, dont les infirmières et infirmiers. Souvent, ils sont offerts sous forme de feuillets ou de dépliants. Pour comprendre ce matériel, le niveau de lisibilité doit être accessible à l'ensemble de la population.

par AURÉLIE SYLVAIN, M.D., JULIE TANGUAY, inf., B. Sc. inf., et ISABELLE AUGER, M.D.

L'anxiété due à la maladie ou au traitement et un manque de connaissance du milieu de la santé abaissent la scolarité d'un patient d'au moins quatre niveaux. Aussi, sa capacité de lire et de comprendre un texte est grandement diminuée.

La lisibilité se définit par la facilité de compréhension d'un texte. Elle se mesure à l'aide de différentes formules basées notamment sur la longueur des mots et des phrases d'un texte (Rhee, Von Feldt, Scumacher et Merkel, 2013). Le National Institute of Health recommande que les documents d'enseignement remis aux patients soient d'un niveau de lisibilité identique à ceux qu'un étudiant de sixième année lit et comprend (Doak, Doak et Root, 1996). L'anxiété due à la maladie ou au traitement et un manque de connaissance du milieu de la santé abaissent la scolarité d'un patient d'au moins quatre niveaux. Aussi, sa capacité de lire et de comprendre un texte est grandement diminuée (Labrosse et Buteau, 2016).

Une étude menée dans les départements de dermatologie du CHU de Québec a permis de mesurer la lisibilité des outils d'enseignement distribués aux patients et d'évaluer la pertinence de les modifier. Voyons les résultats obtenus.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Les outils d'enseignement remis aux patients dans les quatre départements de dermatologie du CHU de Québec ont été recueillis à l'automne 2018 avec

l'accord de leurs auteurs. Au nombre de 11, ils sont tous imprimés sur une seule page ou dans un feuillet explicatif.

Leur niveau de lisibilité a été mesuré à l'aide de l'indice de Gunning Fog (Kincaid, Fishburne, Rogers, et Chissom, 1975) et du test de Flesch-Kincaid (*Flesch-Kincaid Grade Level*) (Kincaid et al., 1975). D'autres tests ont été exclus parce qu'ils n'avaient pas été validés pour évaluer des textes français. Les scores ont été calculés en utilisant le calculateur en ligne *Readable* (Readeable, 2018).

L'indice de lisibilité de Gunning Fog est basé sur la longueur moyenne des phrases et des mots. Le test de Flesch-Kincaid est aussi basé sur la longueur des phrases et des mots, mais le nombre de syllabes par mot est également considéré dans le calcul. Les scores générés par ces deux formules correspondent au niveau scolaire nécessaire pour comprendre le texte analysé (**Tableau 1**).

RÉSULTATS

Parmi les 11 outils d'enseignement analysés, aucun n'a atteint le niveau de lisibilité recommandé par le National Institute of Health, qu'il ait été mesuré à l'aide de l'indice de Gunning Fog ou du test de Flesch-Kincaid.

Tableau 1
NIVEAUX SCOLAIRES CORRESPONDANT AUX SCORES GÉNÉRÉS PAR LES INDICES DE LISIBILITÉ

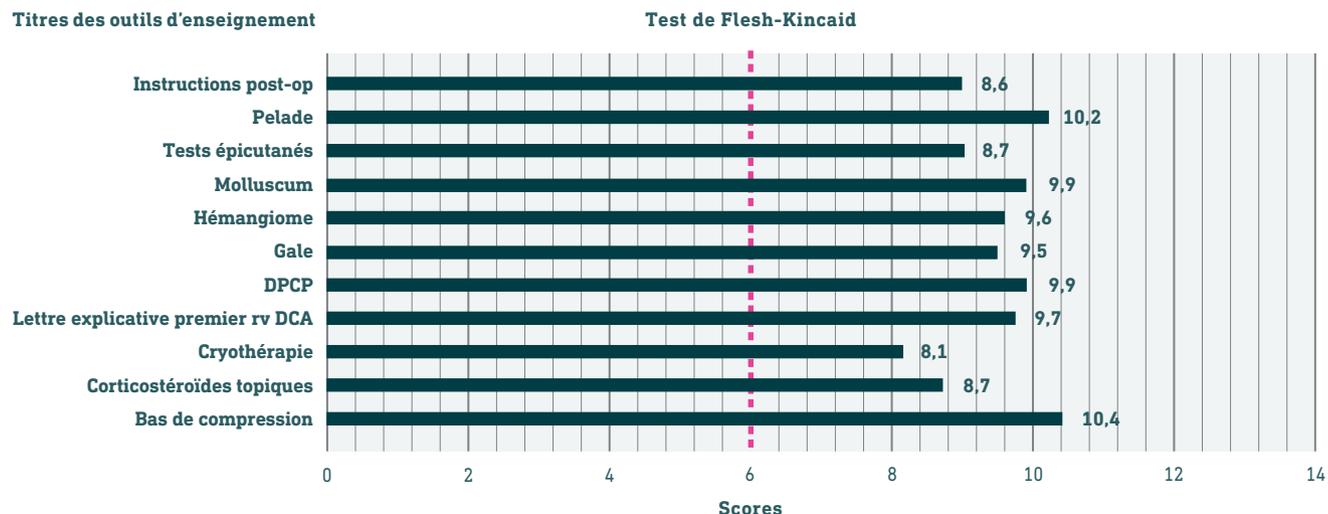
Score	Âge (ans)	Niveau scolaire
1	5-6	Maternelle
2	6-7	1 ^{re} /2 ^e année
3	7-9	3 ^e année
4	9-10	4 ^e année
5	10-11	5 ^e année
6	11-12	6 ^e année
7	12-13	1 ^{re} secondaire
8	13-14	2 ^e secondaire
9	14-15	3 ^e secondaire
10	15-16	4 ^e secondaire
11	16-17	5 ^e secondaire
12	17-18	Cégep
13	18-24	Université
14	24+	Professeur

Figure 1
SCORES DE LISIBILITÉ OBTENUS À L'AIDE DE L'INDICE DE GUNNING FOG



Légende : DPCP : diphenylcyclopropenone; DCA : dermatite de contact allergique.
Note : Le trait vertical rouge indique le niveau de lisibilité recommandé par le National Institute of Health.

Figure 2
SCORES DE LISIBILITÉ OBTENUS À L'AIDE DU TEST DE FLESCH-KINCAID



Légende : DPCP : diphenylcyclopropenone; DCA : dermatite de contact allergique.
Note : Le trait vertical rouge indique le niveau de lisibilité recommandé par le National Institute of Health.



Quelques professionnels de la santé pourraient surestimer la compréhension de leurs patients. Il existe une façon simple de s'assurer qu'ils ont compris l'information transmise : utiliser la méthode « enseigner-en-retour » (*teach-back*), c'est-à-dire leur demander d'expliquer ce qu'ils ont retenu de l'information reçue.

Ainsi, peu importe la formule utilisée, tous ont obtenu un score supérieur à huit alors qu'un score de six ou moins était visé (Doak et al., 1996) (Figures 1 et 2).

En prenant la moyenne des 2 scores obtenus pour chaque document, le niveau de lisibilité moyen des 11 documents est de 10 (moyenne [écart-type], 10,4 [0,9]). Le niveau de lisibilité moyen équivaut donc à celui d'un étudiant de 4^e secondaire, soit un niveau beaucoup plus avancé que celui de la 6^e année du primaire.

SATISFACTION

Les outils d'enseignement écrits sont utiles sous plusieurs aspects. Ils permettent, entre autres, de réitérer et de compléter les explications verbales du clinicien dont le temps est souvent limité (Rhee et al., 2013).

Une revue systématique publiée par Cochrane a démontré que la combinaison d'explications verbales et écrites améliore de façon significative les connaissances et la satisfaction des patients,

comparativement à ceux ayant reçu uniquement des explications verbales (Johnson, Sanford et Tyndall, 2003). Toutefois, les documents d'enseignement doivent avoir un bon niveau de lisibilité pour être compris par l'ensemble de la population. Aucun des 11 documents évalués dans cette étude n'a atteint le niveau recommandé par le National Institute of Health.

LES OUTILS DE MESURE

Les tests mesurant le niveau de lisibilité d'un document sont validés et servent dans plusieurs domaines (Kinkaid et al., 1975), mais ils ont des limites. Ainsi, un mot plus court est automatiquement calculé comme étant plus facile à comprendre qu'un plus long. Ce n'est pas toujours le cas : *démangeaison* et *prurit* par exemple. Ces tests ne tiennent pas compte non plus du support visuel qui accompagne le texte écrit, alors que la présence d'images et de tableaux facilite la compréhension du patient (Kasabwala et al., 2013).

Malgré les limites de ces tests, notre analyse montre la nécessité d'améliorer le niveau de lisibilité des documents d'enseignement en dermatologie. Il existe plusieurs façons d'y arriver, par exemple en utilisant des phrases et des mots plus courts ou en recourant à des puces ou des chiffres pour bien distinguer les éléments d'une énumération (Kasabwala et al., 2013).

TROP SIMPLE ?

Certains professionnels de la santé s'inquiètent du fait que des outils d'enseignement trop « simplifiés » déplaisent à leur clientèle plus instruite. Pourtant, même les patients ayant un niveau adéquat de littératie en santé préfèrent des outils d'enseignement faciles à lire (Andrus et Roth, 2002).

Quelques professionnels de la santé pourraient aussi surestimer la compréhension de leurs patients (Kelly et Haidet, 2007 ; Vargas, Chuang et Lee, 2014). Il existe une façon simple de s'assurer qu'ils ont compris l'information transmise : utiliser la méthode « enseigner-en-retour » (*teach-back*), c'est-à-dire leur demander d'expliquer ce qu'ils ont retenu de l'information reçue (Doak et al., 1996 ; Howard, Jacobson et Kripalani, 2013).

EN CONCLUSION

Les professionnels de la santé ont le devoir d'informer leurs patients (Encadré 1). Offrir des outils d'enseignement écrits d'un bon niveau de lisibilité améliore leur compréhension des informations transmises et facilite la communication. En effet, une meilleure littératie en santé permettra aux patients de mieux prendre en charge leurs soins de santé (Walsh et Volsko, 2008). Enfin, de tels outils contribuent à des soins de santé de qualité et sécuritaires. ●



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

Encadré 1

ENSEIGNEMENT AU CLIENT : DÉFINITION

Intervention professionnelle par laquelle l'infirmière établit un processus pédagogique qui fournit à la personne soignée, à la famille ou à un groupe des informations sur la maladie, sur sa prévention et sur le traitement en vue de les amener à une prise de conscience de leurs capacités d'autonomie et à une prise en charge de leur évolution vers un mieux-être (Margot Phaneuf, inf., M. Éd., Ph. D.).

LES AUTEURES

AURÉLIE SYLVAIN
M.D.

Médecin résidente en dermatologie à l'Université Laval-
CHU de Québec.

JULIE TANGUAY
inf., B. Sc. inf.

Infirmière clinicienne à la clinique externe spécialisée de
dermatologie du CHUL-CHU de Québec.

ISABELLE AUGER
M.D.

Dermatologue pédiatrique au CHUL-CHU de Québec.

RÉFÉRENCES

Andrus, M. R. et Roth, M. T. (2002). «Health literacy: A review». *Pharmacotherapy*, 22(3), 282-302. Repéré à https://knilt.arcc.albany.edu/images/6/69/Ardous_roth_2002.pdf

Doak, C. C., Doak, L. G. et Root, J. H. (1996). «Teaching patients with low literacy skills» (2^e éd.). Philadelphie: JB Lippincott. Repéré à <https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>

Howard, T., Jacobson, K. L. et Kripalani, S. (2013). «Doctor talk: Physicians' use of clear verbal communication». *Journal of Health Communication*, 18(8), 991-1001.

Johnson, A., Sanford, J. et Tyndall, J. (2003). «Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD003716). Repéré à <http://www.ub.edu/farmaciaclinica/proyectos/webquest/WQ1/docs/johnson.pdf>

Kasabwala, K., Misra, P., Hansberry, D. R., Agarwal, N., Barades, S., Setzen, M. et Eloy, J. A. (2013). «Readability assessment of the American Rhinologic Society patient education materials». *International Forum of Allergy & Rhinology*, 3(4), 325-333.

Kelly, P. A. et Haidet, P. (2007). «Physician overestimation of patient literacy: A potential source of health care disparities». *Patient Education and Counseling*, 66(1), 119-122.

Kincaid, J. P., Fishburne Jr., R. P., Rogers, R. L., et Chissom, B. S. (1975). «Derivation of new readability formulas (Automated Readability Index, Fog Count and Flesch Reading Ease Formula) for Navy enlisted personnel». University of Central Florida: Institute for simulation and training. Repéré à <https://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1055&context=istlibrary>

Labrosse, N. et Buteau, R.-A. (2016). «Normes pour les documents d'enseignement à la clientèle». Québec : CHU de Québec-Université Laval.

Readable.io. (2018). «Readability algorithm». Brighton, UK : Added Bytes. Repéré à <https://readable.io/blog/what-are-reading-level-calculators/>

Rhee, R. L., Von Feldt, J. M., Schumacher, H. R. et Merkel, P. A. (2013). «Readability and suitability assessment of patient education materials in rheumatic diseases». *Arthritis Care & Research*, 65(10), 1702-1706. Repéré à <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/acr.22046>

Vargas, C. R., Chuang, D. J. et Lee, B. T. (2014). «Assessment of patient health literacy: A national survey of plastic surgeons». *Plastic and Reconstructive Surgery*, 134(6), 1405-1414.

Walsh, T. M et Volska, T. A. (2008). «Readability assessment of internet-based consumer health information». *Respiratory Care*, 53(10), 1310-1315.

Dénoncez le TSO et la substitution d'emploi

La FIQ est fière d'annoncer le lancement de son **application mobile** qui permettra de :

- **Dénoncer** le TSO
- **Signaler** la substitution
- **Recevoir** des nouvelles en direct portant sur la négo.

PLUS FORTES AVEC MON

#AppliFIQ!



Télécharger gratuitement
App Store



Télécharger gratuitement
Google play

Téléchargez l'application sur l'Apple Store et Google Play.





Guide ^{5^e édition} des médicaments

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



MON APPLI **GDM mobile**

Les éléments incontournables selon les professionnels de la santé :

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

24,95 \$ *

Achat en ligne sur pearsonerpi.com/monappli

PERSPECTIVE ÉTUDIANTE SUR UN PARCOURS AUX MULTIPLES POSSIBILITÉS

Démystifier le doctorat en sciences infirmières

Au cours des dernières années, l'intérêt médiatique envers les IPS a mis en évidence les études supérieures en sciences infirmières et leur contribution au système de santé québécois. Au-delà de la maîtrise, il existe un doctorat en sciences infirmières. En quoi consiste-t-il? Cet article démystifie ce diplôme en répondant aux questions les plus fréquemment posées aux auteurs.

par **DIMITRI LÉTOURNEAU, inf., Ph. D., SOPHIE LANGLOIS, inf., Ph. D. (c.), MARTIN CHARETTE, inf., Ph. D., LAURENCE HA, inf., Ph. D., MARIE-FRANCE DESCHÊNES, inf., Ph. D. (c.), et SOPHIA MERISIER, inf., Ph. D. (c.)**

PEUT-ON OBTENIR UN DOCTORAT EN SCIENCES INFIRMIÈRES?

Aux États-Unis, le programme de doctorat en sciences infirmières existe depuis plus de 80 ans (Ponte et Nicholas, 2015). Il a été créé à l'Université de New York en 1934, 10 ans après le doctorat en éducation (D. Éd.) offert aux infirmières et infirmiers par l'Université Columbia (Carpenter et Hudacek, 1996). Ce n'est que dans les années 1970 que les programmes de doctorat en sciences infirmières se sont réellement multipliés aux États-Unis (Carter, 2013), passant de 4 en 1960 (Carpenter et Hudacek, 1996) à 120 en 2010 (AACN, 2010).

Au Canada, les programmes de doctorat en sciences infirmières sont relativement récents (ACÉSI, 2015). Avant leur création, les infirmières et infirmiers canadiens obtenaient leur doctorat dans d'autres disciplines, par exemple en sciences de l'éducation (Thorne, 2014). En 1955, sœur Marie-Denise Lefebvre de la congrégation des Sœurs grises de Montréal est la première infirmière canadienne à obtenir un doctorat en sciences de l'éducation (Thorne, 2014). En 1980 s'amorce simultanément la création de programmes de doctorat spécifiques

aux sciences infirmières à l'Université de l'Alberta, l'Université de Montréal (UdeM) et l'Université McGill (Wood et Ross-Kerr, 2011). Toutefois, c'est seulement dans les années 1990 que des étudiantes et étudiants y feront leur entrée officielle (Wood et Ross-Kerr, 2011). Francine Ducharme, doyenne sortante de la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM, est la première infirmière diplômée d'un programme canadien de doctorat en sciences infirmières (Wood et Ross-Kerr, 2011). En 2015, 455 étudiantes et étudiants canadiens étaient inscrits au doctorat en sciences infirmières (ACÉSI, 2016) alors qu'ils n'étaient que 62 en 1996 (Baker, Guest, Jorgenson, Crosby et Boyd, 2012).

À ce jour, trois universités québécoises offrent un doctorat en sciences infirmières, soit l'UdeM, l'Université McGill et l'Université Laval (OIIQ, s.d.-a). Le département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais propose un doctorat sur mesure (UQO, s.d.) et l'Université de Sherbrooke offre un doctorat en sciences de la santé, auparavant connu sous le libellé « sciences cliniques » (Université de Sherbrooke, s.d.-a).

PEUT-ON DEVENIR IPS AVEC UN DOCTORAT?

Le rôle et les responsabilités des diplômés ayant un doctorat en sciences infirmières sont différents de ceux des IPS, qui détiennent une maîtrise en sciences infirmières combinée à un diplôme d'études complémentaires (OIIQ, s.d.-b).

En fait, comme son nom l'indique, l'IPS est l'acronyme d'« infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé ». Une pratique clinique avancée constitue la principale compétence de ces IPS. La visée d'un doctorat en sciences infirmières est bien différente. Bien que la formation doctorale de chaque discipline comporte ses particularités, le Conseil des ministres de l'Éducation du Canada (2007) soutient que : « Les programmes de doctorat en recherche [Ph. D.] sont axés sur l'acquisition de connaissances conceptuelles et méthodologiques et sur le développement des compétences requises à la conduction de projets de recherche et à la contribution originale d'une thèse aux connaissances [de sa discipline] » (p. 2, traduction libre).

En d'autres termes, les IPS et les doctorants en sciences infirmières se projettent dans deux champs d'activités infirmières différents, soit respectivement la pratique clinique et la recherche (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Par ailleurs, le cheminement d'IPS à Ph. D. est possible, le diplôme requis pour l'admission au doctorat étant une maîtrise en sciences infirmières ou d'une discipline connexe jugée appropriée (OIIQ, s.d.-a).

Outre le cheminement IPS, il existe d'autres options pour une infirmière clinicienne ou un infirmier clinicien désirant poursuivre ses études jusqu'à la maîtrise. Dans un premier temps, la maîtrise avec présentation d'un mémoire permet de faire des études principalement axées sur le développement de connaissances en sciences infirmières dans le cadre d'activités de recherche. La maîtrise sans mémoire permet, quant à elle, de se concentrer sur l'*application* de connaissances dans le cadre d'un stage ou, encore, sur des activités de *synthèse* de connaissances lors d'un travail dirigé (FSI-UdeM, 2016; Université de Sherbrooke, s.d.-b; Université Laval, s.d.-c). Dans un cas comme dans l'autre, tous les sujets d'étude pertinents à la discipline et à la profession infirmières peuvent faire l'objet de ces travaux de maîtrise (Newman, Smith, Pharris et Jones, 2008).

POURQUOI N'AI-JE JAMAIS RENCONTRÉ D'INFIRMIÈRE DOCTORANTE OU D'INFIRMIER DOCTORANT DANS MON UNITÉ DE SOINS?

Les études doctorales se commencent en occupant un poste en milieux de soins. Toutefois, il faut souligner que ces études équivalent à un travail à temps plein (UdeM, s.d.). De ce fait, plusieurs futurs doctorants demandent un congé pour études afin de s'investir pleinement dans leur doctorat.

Un programme de doctorat dure habituellement de quatre à cinq années. Il se décline en deux grandes étapes, soit une scolarité obligatoire et la réalisation d'un projet de recherche (UdeM, s.d.; Université Laval, s.d.-b; Université McGill, s.d.-a). Durant la première année, les doctorants complètent leur scolarité en participant à divers cours portant, par exemple,

sur le développement des connaissances ou sur les méthodes de recherche. Ils ont de plus l'occasion d'amorcer le protocole de leur projet de recherche. Parallèlement, ils doivent trouver du financement, en général sous forme de bourse d'études (ACÉSI, 2015).

Les organismes décernant ces bourses imposent souvent aux étudiants une limite d'heures travaillées à l'extérieur, les obligeant ainsi à se consacrer à temps plein à leur formation (OIIQ, 2016). Cette condition favorise la réussite du doctorat dans les délais prescrits. Conséquemment, conserver un poste dans un milieu clinique leur est plus difficile.

Le temps dédié à suivre des cours et à réaliser un projet de recherche ne représente pourtant qu'une partie du cheminement doctoral. Les étudiants doivent également consacrer du temps à d'autres activités universitaires (Boyer, 1990) telles la publication d'articles scientifiques, les communications lors d'événements scientifiques et professionnels, la participation à des activités de développement professionnel et à des comités liés à la recherche (FRQS, 2015). En plus d'être évaluées par les organismes subventionnaires décernant des bourses d'études, ces activités préparent également les doctorants à une carrière en recherche (ACES, 2008). D'autres expériences peuvent aussi être évaluées comme des activités de recherche et d'enseignement universitaire (RRISIQ, 2017).

La recherche étant un domaine très compétitif, les étudiants doivent y investir du temps pour profiter du soutien financier et de la reconnaissance qu'offre une bourse d'études doctorales (Edwards et Roy, 2017).

Les avantages et les apprentissages procurés par les activités universitaires sont multiples : voyager à l'extérieur du pays pour présenter des travaux scientifiques, réseauter avec des collaborateurs locaux, nationaux et internationaux, se familiariser avec le milieu universitaire de l'enseignement et de la recherche, s'engager dans sa communauté et développer son leadership et ses habiletés de communication (ACÉSI, 2015; ACES, 2008).

Bien qu'enrichissante, la réalisation de ces activités nécessite une organisation serrée et judicieuse de son temps. Les étudiants qui choisissent de faire un doctorat doivent déployer des stratégies pour concilier leurs études, leurs responsabilités familiales et leur travail (Bellucci, 2016). Dans ces conditions, ils choisissent parfois de quitter leur milieu clinique afin d'éviter les conflits susceptibles d'émerger de cette conciliation et de se prémunir ainsi des répercussions négatives qu'ils peuvent engendrer (St-Amour et Bourque, 2013).

À QUOI PEUT RESSEMBLER UN PROJET DOCTORAL DE RECHERCHE EN SCIENCES INFIRMIÈRES?

Les thèmes des projets de recherche abordés par les étudiantes et étudiants au doctorat en sciences infirmières peuvent traiter de divers sujets liés à la discipline et à la profession infirmières (Newman et al., 2008). Ces thèmes se regroupent sous quatre grandes catégories : l'administration des services infirmiers, la formation initiale ou continue des infirmières et infirmiers, les interventions infirmières dédiées à la personne et à sa famille, ou encore en santé communautaire et populationnelle,

Au Canada, les programmes de doctorat en sciences infirmières sont relativement récents. Avant leur création, les infirmières et infirmiers canadiens obtenaient leur doctorat dans d'autres disciplines, par exemple en sciences de l'éducation.

et, finalement, l'étude du savoir infirmier et le développement de théories infirmières (Pepin et al., 2017). Les doctorants peuvent être des patients et leurs proches, du nourrisson à la personne âgée, touchés par des expériences de santé physique ou mentale. Ils peuvent aussi être étudiants ou cliniciens, dont des membres de la profession, des gestionnaires et même des décideurs politiques. Les doctorants ont des profils distincts, des parcours différents et des projets de recherche variés et novateurs (**Tableau 1**).

QUELLES SONT LES POSSIBILITÉS DE CARRIÈRE APRÈS UN DOCTORAT EN SCIENCES INFIRMIÈRES?

De nombreuses perspectives d'avenir s'offrent aux personnes qui terminent leurs études doctorales en sciences infirmières. L'une d'entre elles est un stage postdoctoral de recherche. Il donne aux nouveaux diplômés l'occasion d'approfondir leurs compétences tout en travaillant dans son domaine au sein d'une nouvelle équipe supervisée par une chercheuse ou un chercheur (Université McGill, s.d.-b). La recherche étant un milieu très compétitif, le stage postdoctoral constitue une avenue très intéressante pour la poursuite d'une carrière universitaire.

Après le doctorat ou le stage postdoctoral, la carrière de prédilection est celle de professeur ou professeur dans une université où le baccalauréat en sciences infirmières est offert (OIIQ, s.d.-a). Les professeurs peuvent être appelés à enseigner aux cycles supérieurs, soit la maîtrise ou le doctorat. Au Québec, neuf universités engagent des professeurs en sciences infirmières. Leurs campus sont aux quatre coins de la province, surtout depuis l'apparition des campus satellites.

Le mandat des professeurs en sciences infirmières est habituellement diversifié. En plus de l'enseignement, de la recherche et de la diffusion des connaissances, ils participent au rayonnement de leur université et de la profession infirmière, ainsi qu'à des activités professionnelles et administratives (Conseil des études de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, 2010).

Les choix offerts aux infirmières et infirmiers détenteurs d'un doctorat en sciences infirmières sont nombreux : par exemple, opter pour une carrière dans un centre de recherche affilié à une université, devenir consultant ou gestionnaire en soins infirmiers dans un établissement de santé ou encore s'affirmer comme leader dans les sphères politiques (FSIUdeM, s.d.; UQO, s.d.; Université Laval, s.d.-a). Ces perspectives d'avenir ne sont qu'un aperçu des carrières en sciences infirmières. Parmi les jeunes diplômés d'aujourd'hui se trouvent assurément des pionnières et pionniers qui contribueront à multiplier ces avenues dans le futur.

LE MONDE DE LA RECHERCHE M'APPARAÎT ATTRAYANT. COMMENT PUIS-JE Y CONTRIBUER?

Une infirmière ou un infirmier peut contribuer de plusieurs façons à la recherche sans avoir terminé un doctorat. En voici trois.

L'infirmière ou l'infirmier de recherche travaille habituellement dans un centre de recherche ou dans une entreprise privée, pour préparer les projets de recherche, rassembler la documentation, recruter des participants, collecter des données et communiquer avec le comité d'éthique et le commanditaire de l'étude (Boudier, 2012). Autrement dit, l'infirmière ou l'infirmier de recherche coordonne des projets sous la responsabilité d'une chercheuse ou d'un chercheur. Au Québec, il existe plusieurs centres de recherche affiliés à des milieux cliniques, notamment l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), le Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) et l'Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill (IR-CUSM). Une infirmière ou un infirmier qui s'intéresse à cette carrière doit posséder des compétences de leadership et de collaboration. Une expérience clinique considérable peut également s'avérer un atout (CRCHUM, s.d.).

L'infirmière collaboratrice ou l'infirmier collaborateur travaille avec les équipes de recherche. Pour procurer des connaissances utiles aux infirmières et infirmiers, les chercheurs et les doctorants se soucient d'élaborer des projets de recherche émergeant de la pratique infirmière (Pepin et al., 2017). Ainsi, une infirmière ou un infirmier peut collaborer à un projet de recherche à différents titres, soit participer soit s'impliquer dans sa réalisation, par exemple, en facilitant le recrutement des patients, en testant un nouvel outil clinique ou en effectuant une intervention infirmière novatrice. Et aussi en agissant comme cochercheuse ou cochercheur d'une étude menée selon une approche de recherche participative (Watson, McKenna, Cowman et Keady, 2008). Les collaboratrices et collaborateurs prennent part activement à la prise de décisions quant à l'orientation du projet afin de rallier la réalité des infirmières et infirmiers et celle des chercheurs en sciences infirmières. Travailler ainsi avec les chercheurs, de l'identification du phénomène à l'étude, aux étapes de collecte et d'analyse de données jusqu'à la diffusion des résultats (Watson et al., 2008) s'ajoute à leur rôle.

Finalement, l'infirmière utilisatrice ou l'infirmier utilisateur des connaissances issues de la recherche contribue aux projets de recherche (IRSC, 2016). Si les chercheuses et chercheurs ont un rôle dans l'avancement et le développement de nouvelles connaissances, leur responsabilité est de plus en plus de s'assurer des répercussions utiles de leurs résultats de recherche sur la pratique. Il s'agit même d'une exigence pour les principaux organismes subventionnaires tels que le FRQS.

Lorsque des connaissances sur un sujet ont été suffisamment développées, il devient possible de les synthétiser, d'émettre des lignes directrices ou d'actualiser des standards de pratique. La publication de Durand et Laflamme (2016), qui énonce des standards de pratique en santé mentale, en est un exemple. Les milieux cliniques ont ainsi la possibilité de s'en inspirer et de mettre à jour leurs procédures de soins de manière à refléter l'état des connaissances.

Le doctorat en sciences infirmières est une avenue de plus en plus considérée par les membres de la profession, notamment pour l'autonomie professionnelle qu'il concède et les vastes possibilités de carrière qu'il offre.

Tableau 1
QUATRE DOCTORANTES, QUATRE PARCOURS ET QUATRE PROJETS DE RECHERCHE

DOCTORANTES

PARCOURS ET PROJETS

Christelle Khadra,
Ph. D.

Doctorat mené à
l'Université de Montréal



Dès sa maîtrise, Christelle Khadra s'est découverte une passion pour la clientèle pédiatrique. Dans le cadre de son doctorat, elle s'est intéressée au soulagement de la douleur lors de procédures d'hydrothérapie menées auprès d'enfants hospitalisés à la suite de brûlures sévères. En faisant appel à la réalité virtuelle, Christelle désirait offrir une solution de remplacement non pharmacologique, exempte d'effets secondaires et simple d'usage, qui diminuerait le recours aux analgésiques tout en apportant un soulagement efficace de la douleur. Cette intervention infirmière peut permettre non seulement de soulager la douleur des enfants en bas âge, mais aussi de diminuer l'anxiété liée à l'hospitalisation parfois traumatisante pour eux.

Geneviève Rouleau,
inf., Ph. D. (c.)

Doctorat mené à
l'Université Laval



Durant sa maîtrise, Geneviève Rouleau est devenue coordonnatrice de recherche. Elle ne projetait pas de faire d'études doctorales. Elle a pris plaisir à contribuer à l'avancement des connaissances infirmières jusqu'au jour où son désir de concrétiser ses propres idées en projet de recherche s'est intensifié. Malgré tout, elle avoue que le choix de son sujet de recherche a été difficile. Ses expériences personnelles et son intérêt pour les interventions infirmières numériques l'ont menée à consulter les infirmières et infirmiers sur leurs besoins de formation. Ainsi est né son projet de thèse. Il porte sur une simulation numérique avec un patient virtuel. Il vise à améliorer les habiletés relationnelles des membres de la profession. Cette simulation pourra soutenir le développement continu des infirmières et infirmiers et améliorer leurs habiletés de communication avec leur clientèle.

Julie Fréchette,
inf., CRHA, C.E.C.,
PMP, Ph. D.

Doctorat mené à
l'Université McGill



C'est pendant son congé de maternité que l'idée de poursuivre des études doctorales a germé dans l'esprit de Julie Fréchette. En alliant ses formations en sciences infirmières et en gestion, elle a choisi d'étudier l'expérience des membres de la profession dans un établissement hospitalier de la grande région de Montréal dans un contexte de changements organisationnels majeurs. Bien sûr, cette voie s'est ouverte en raison de son bagage d'infirmière clinicienne et de gestionnaire, mais aussi du constat que très peu d'études ont permis aux usagers et aux infirmières et infirmiers d'exprimer leurs visions sur les impacts qu'ont sur eux les transformations du réseau de la santé. En leur donnant la parole, Julie espère enrichir l'analyse préalable aux décisions portant notamment sur le financement de projets d'intérêt public.

Jessica Rassy,
inf., Ph. D.

Doctorat mené à
l'Université de
Sherbrooke



Jessica Rassy a été présidente du Comité jeunesse de l'OIIQ de 2016 à 2018. Ses études doctorales ont porté sur les adolescents ayant un risque suicidaire qui ont recours aux technologies de l'information et des communications (TIC) pour chercher et trouver de l'aide. Son intérêt pour cette clientèle est né d'un stage dans une équipe interdisciplinaire impliquée dans les soins et la recherche en santé mentale pédiatrique. Pendant son baccalauréat, Jessica a alors côtoyé des adolescents atteints d'un trouble de l'humeur avec risque suicidaire. Ensuite, comme infirmière clinicienne, elle a observé que les réseaux sociaux étaient de plus en plus utilisés par ces jeunes pour exprimer leurs idées suicidaires et chercher de l'aide. Ce constat, combiné à sa préoccupation d'améliorer les interventions infirmières en prévention du suicide auprès de cette clientèle, l'a finalement motivée à entreprendre des études supérieures.

Il s'agit là d'une façon d'utiliser les connaissances issues de la recherche en pratique clinique.

L'acquisition de ces nouvelles connaissances est une occasion de formation continue et de développement professionnel : lecture d'articles scientifiques, clubs de lecture en milieu clinique, participation à des conférences, des colloques, des congrès ou des journées scientifiques. Il existe de nombreux moyens de les acquérir (Ouellet, Maillé, Durand et Thibault, 2011). Pour être informé des événements scientifiques dans les milieux de soins, devenir membre d'une association selon sa spécialité peut être une stratégie efficace.

EN CONCLUSION

Le doctorat en sciences infirmières est une avenue de plus en plus considérée par les membres de la profession, notamment pour l'autonomie professionnelle qu'il concède et les vastes possibilités de carrière qu'il offre. Au moyen de questions les plus fréquemment abordées, cet article apporte un éclairage sur le doctorat selon une perspective étudiante. Les auteurs du présent article espèrent qu'ils auront su éveiller l'intérêt des lectrices et lecteurs pour l'aventure du doctorat. ●

LES AUTEURS

DIMITRI LÉTOURNEAU
Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Il a œuvré à titre d'infirmier clinicien pendant neuf ans dans une unité de soins médicaux-chirurgicaux à l'Hôpital général juif.

SOPHIE LANGLOIS
Inf., Ph. D. (c.)

Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle est également candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

MARTIN CHARETTE
Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Il vient de terminer un stage postdoctoral à la School of Nursing and Midwifery de La Trobe University, en Australie.

LAURENCE HA
Inf., Ph. D.

Responsable du développement professionnel à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

MARIE-FRANCE DESCHÈNES
Inf., Ph. D. (c.)

Candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

SOPHIA MERISIER
Inf., Ph. D. (c.)

Conseillère en soins infirmiers à l'Institut de cardiologie de Montréal ainsi que chargée de cours et auxiliaire de recherche à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal.



ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ ᐅᓄᓄᓄ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

LE TRAVAIL OFFERT

Afin de découvrir l'étendue d'un océan, il faut éloigner les yeux du rivage !



- 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 dispensaire (point de service)
- Prime d'éloignement et d'installation pour compenser le coût de la vie et supplément salarial en points de services

MAINTENANT PLUS FLEXIBLE !
Contactez-nous pour en savoir plus.

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

WWW.TULATTAVIK.COM

 @Tulattavik
 @cstunursing

RÉFÉRENCES

American Association of Colleges of Nursing (AACN). (2010). «The research-focused doctoral program in nursing: Pathways to excellence». Repéré à <https://www.aacnursing.org/Portals/42/Publications/PhDPosition.pdf>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI). (2015). «Cadre national de l'ACÉSI sur la formation infirmière. Doctorat». Repéré à <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FR-FINAL-Doctoral-Framwork-FINAL-SB-Jan-2016.pdf>

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI). (2016). «Registered nurses education in Canada statistics 2014-2015. Registered nurse workforce. Canadian production: Potential new supply». Repéré à <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2016/11/2014-2015-SFS-FINAL-REPORT-suppressed-updated-1.pdf>

Association canadienne pour les études supérieures (ACES). (2008). «Développement des compétences professionnelles des étudiants des cycles supérieurs». Repéré à <http://www.cags.ca/documents/publications/working/Prof%20Skills%20Dev%20for%20Grad%20Students%20Final%20-FRA%2008%2011%2005.pdf>

Baker, C., Guest, E., Jorgenson, L., Crosby, K. et Boyd, J. (2012). «Ties that bind: The evolution of education for professional nursing in Canada from the 17th to the 21st century». Repéré à <http://www.casn.ca/wp-content/uploads/2016/12/History.pdf>

Bellucci, N. A. (2016). «A qualitative investigation of strategies used by PhD nursing students for balancing work, family and the attainment of a PhD» [Thèse de doctorat]. ProQuest Dissertations et Theses, UMI No 10164291.

Boudier, C. (2012). «Initiation à la démarche de recherche». Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.

Boyer, E. L. (1990). «Scholarship reconsidered: Priorities of the professoriate». Princeton, NJ: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.

Carpenter, D. R. et Hudacek, S. (1996). «On doctoral education in nursing: The voice of the student». New York: National League for Nursing Press.

Carter, M. (2013). «The evolution of doctoral education in nursing». Dans S. DeNisco et A. M. Barker (dir.), *Advanced practice nursing: Evolving roles for the transformation of the profession* (2^e éd., p. 27-36). Burlington, MA: Jones et Bartlett Learning.

Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM). (s.d.). «Infirmière de recherche clinique en oncologie et hématologie au CRCHUM». Repéré à <https://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/inline-files/infirmiere-recherche-urcoh-mat-24mois.pdf>

Conseil des études de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. (2010). «Promotion de la qualité de l'enseignement». Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/medecine/fileadmin/sites/medecine/documents/Reglement-facultaire-promotion-qualite-enseignement.pdf>

Conseil des ministres de l'Éducation du Canada. (2007). «Ministerial statement on quality assurance of degree education in Canada». Repéré à <https://www.cic.ca/docs/cmec/Qa-statement-2007.en.pdf>

Durand, S. et Laflamme, F. (2016). «Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale» (Publication no 4462). Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/4462_doc.pdf

Edwards, M. A. et Roy, S. (2017). «Academic research in the 21st century: Maintaining scientific integrity in a climate of perverse incentives and hypercompetition». *Environmental Engineering Science*, 34(1), 51-61. Repéré à <https://doi.org/10.1089/ees.2016.0223>

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (2016). «Programme de maîtrise (M.Sc.) en sciences infirmières». Repéré à http://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/2et3cycle/Programme_de_maîtrise.pdf

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. (s.d.). «Doctorat en sciences infirmières (3-630-1-0)». Repéré à <http://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/2et3cycle/3-630-1-0.pdf>

Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS). (2015). «Grille d'évaluation. Bourses de formation 2016-2017». Repéré à http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/11314/707068/grille_evaluation_doctorat_2016_2017_vf.pdf/05541c68-191d-4714-870f-bc0c57baf7b3

Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS). (2014). «Le rôle du FRQS». Repéré à <http://www.frqs.gouv.qc.ca/la-recherche/la-recherche-en-sante-au-quebec/le-role-du-frqs>

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). (2016). «Engagement des utilisateurs des connaissances». Repéré à <http://www.cih-irsc.gc.ca/f/49505.html>

Newman, M. A., Smith, M. C., Pharris, M. D. et Jones, D. (2008). «The focus of the discipline revisited». *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-E27. <http://dx.doi.org/10.1097/01.ANS.0000311533.65941.f1>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Programme MEES-Universités. Bourses d'études doctorales - Demande de renouvellement. Concours 2016-2017». Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/admission_n_la_profession/etudiant/mees-u-16-17-doctorat-renouvellement-fiche-information.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (s.d.-a.). «Choisir sa formation». Repéré à http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/choisir-sa-formation#doctorat_sc_infirmieres

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (s.d.-b.). «Programmes de formation». Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/spécialites/infirmiere-praticienne-spécialisee/etudiante/programmes>

Quellet, J., Mailhé, M., Durand, S. et Thibault, C. (2011). «Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec - Document d'orientation» (Publication n° 270GCO). Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270GCO-Documents-Orientations-Web.pdf>

Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). «La pensée infirmière» (4^e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

Ponte, P. R. et Nicholas, P. K. (2015). «Addressing the confusion related to DNS, DNSc, and DSN degrees, with lessons for the nursing profession». *Journal of Nursing Scholarship*, 47(4), 347-353. doi: 10.1111/jnu.12148

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISQ). (2017). «Programme de bourse de formation par les universités partenaires du RRISQ. Fiche d'information 2017 - Doctorat». Repéré à https://cms.rrisq.com/index.php?action=downloadtable=documentfield=media_fretid=102etindex=0etkey=0etextension=pdfetfilename=Fiche_info_bourses_2017Doctorats_fr

St-Amour, N. et Bourque, M. (2013). «Conciliation travail-famille et santé: Le Québec peut-il s'inspirer des politiques gouvernementales mises en place dans d'autres pays? - Avis scientifique». Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1718_ConcilTravFamSante_QcPeutInspirPolGouvAutresPays.pdf

Thorne, S. (2014). «Graduate education». Dans M. McIntyre et C. McDonald (dir.), *Realities of Canadian nursing: Professional, practice, and power issues* (4^e éd., p. 202-222). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams et Wilkins.

Tracy, M. F. (2014). «Direct clinical practice». Dans A. B. Hamric, C. M. Hanson, M. F. Tracy et E. T. O'Grady (dir.), *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5^e éd., p. 147-182). Saint-Louis, MO: Elsevier.

Université de Montréal (UdeM). (s.d.). «Doctorat en sciences infirmières. Présentation». Repéré à <https://admission.umontreal.ca/programmes/doctorat-en-sciences-infirmieres/presentation/>

Université de Sherbrooke. (s.d.-a.). «Programme de maîtrise et de doctorat recherche en sciences de la santé». Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/prog-rech-sc-sante/>

Université de Sherbrooke. (s.d.-b.). «Une carrière en pratique infirmière avancée vous intéresse?». Repéré à <https://www.usherbrooke.ca/sciences-infirmieres/futurs-etudiants/maîtrise/>

Université du Québec en Outaouais. (s.d.). «Doctorat sur mesure du département des sciences infirmières». Repéré à <https://uqo.ca/dép/sciences-infirmieres/doctorat-sur-mesure-du-departement-sciences-infirmieres>

Université Laval. (s.d.-a.). «Doctorat en sciences infirmières». Repéré à <https://www.fsi.ulaval.ca/doctoratsciencesinfirmieres>

Université Laval. (s.d.-b.). «Doctorat en sciences infirmières (Ph. D.). Présentation générale». Repéré à <https://www.ulaval.ca/les-etudes/programmes/repertoire/details/doctorat-en-sciences-infirmieres-ph-d.html#presentation-generale>

Université Laval. (s.d.-c.). «Maîtrise en sciences infirmières - avec mémoire (M. Sc.)». Repéré à <https://www.ulaval.ca/les-etudes/programmes/repertoire/details/maîtrise-en-sciences-infirmieres-avec-memoire-m-sc.html>

Université McGill. (s.d.-a.). «PhD program». Repéré à <https://www.mcgill.ca/nursing/prospective/phd>

Université McGill. (s.d.-b.). «Postdoctoral researchers». Repéré à <https://www.mcgill.ca/gps/postdocs>

Watson, R., McKenna, H., Cowman, S. et Keady, J. (2008). «Nursing research: Designs and methods». Édimbourg, UK: Churchill Livingstone/Elsevier.

Wood, M. J. et Ross-Kerr, J. C. (2011). «The growth of graduate education in nursing in Canada». Dans J. C. Ross-Kerr et M. J. Wood (dir.), *Canadian nursing: Issues and perspectives* (5^e éd., p. 388-409). Toronto, ON: Elsevier.



15 CENTRES D'HÉBERGEMENT (CHSLD)
PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mêmes conditions de travail et salaires que ceux du RSSS

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 INFIRMIER(ÈRE)

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



Infirmières et infirmiers recherchés

DES MILLIERS DE DONNEURS VOUS ATTENDENT!

En 20 ans, près de 1,3 million de personnes ont donné du sang, des cellules souches, des tissus humains ou du lait maternel.



HÉMA-QUÉBEC

Leur générosité vous inspire? Joignez-vous à nous!

www.hema-quebec.qc.ca

Cas clinique M^{me} LARIVIÈRE

Vous êtes infirmière à l'unité mère-enfant, qui possède une section d'hospitalisation anténatale¹. Au matin, votre collègue vous transmet son rapport :

- Admission durant la nuit de Simone Larivière, 37 ans, enceinte de 30 1/7 semaines
- Suspicion de prééclampsie (PE)
- Bilan PE fait il y a 60 minutes
- Dernière valeur contrôlée de la tension artérielle (TA) : 152/105 manuelle, médecin avisé de cette valeur et de l'absence d'autres signes de PE
- Protocole de PE instauré
- À suivre : examen de réactivité fœtale au matin, TA et résultats du bilan

Vous complétez ces renseignements par la consultation du dossier et du plan de soins de M^{me} Larivière. Celle-ci n'a pas d'autre antécédent de santé. Il s'agit de sa deuxième grossesse, la première ayant résulté en un avortement spontané à 9 semaines. Vous êtes maintenant prête à aller évaluer M^{me} Larivière à son chevet, lorsque vous remarquez que le bilan effectué par votre collègue est disponible.

Sur quels éléments du bilan porterez-vous attention?

Prééclampsie : intervenir lors d'un épisode aigu

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 COMPRENDRE ET INTERPRÉTER

le bilan sérique et urinaire de prééclampsie.

02 RECONNAÎTRE

les principales complications associées à la prééclampsie.

03 DÉTERMINER

les interventions infirmières optimales lors d'un épisode aigu de prééclampsie.

par **ÉMILIE LAVALLÉE, inf., M. Sc.**

La grossesse est un événement heureux... la plupart du temps. En plus des maux gestationnels courants, comme les nausées et la fatigue, la grossesse présente parfois un risque majeur pour la santé de la future mère ou de l'enfant à naître².

D'ampleur mondiale, les troubles hypertensifs de la grossesse (THG) figurent parmi les complications gestationnelles graves (ASPC, 2017; Duley, 2009). La prééclampsie et l'éclampsie se démarquent des autres troubles hypertensifs, car elles sont responsables de nombreux décès maternels annuellement. Le taux de prééclampsie est assez stable au Canada, se situant à 11,5 cas sur 1000 accouchements en 2011 (ASPC, 2014, 2017). L'incidence de l'éclampsie a, quant à elle, diminué, passant de 1,5 à 0,5 cas sur 1000 accouchements entre 2004-2005 et 2014-2015. Néanmoins, l'éclampsie et les complications associées aux troubles hypertensifs de grossesse demeurent la quatrième cause de mortalité maternelle au Canada. Aux États-Unis, les complications de la prééclampsie sont responsables de 30 % des décès maternels (Lisonkova et al., 2014). Cela démontre l'importance d'intervenir de façon optimale lors de la survenue de cette maladie. En effet, la mortalité maternelle est en général attribuable à l'évolution de la prééclampsie vers l'éclampsie (ce qui n'est pas nécessairement le cas pour les atteintes fœtales). L'infirmière ou l'infirmier occupe un rôle essentiel dans la prise en charge des femmes présentant un épisode aigu de prééclampsie.

1. Les établissements possèdent différents modèles de soins. Selon le cas, les femmes hospitalisées en raison d'une grossesse à risque élevé (GARE) peuvent être dans une unité anténatale, postnatale, mixte ou TARP (travail, accouchement, récupération, postpartum).

2. Ce risque s'applique également aux enfants à naître.

Grâce à sa compréhension du phénomène, il ou elle peut détecter de façon précoce des signes de complication grave. Sa rigueur dans l'évaluation clinique permet une intervention rapide, tout en réduisant des conséquences évitables.

COMPRENDRE LE PHÉNOMÈNE

Qu'est-ce que la prééclampsie?

La prééclampsie est un trouble multisystémique de la grossesse. La protéinurie et l'œdème ont longtemps constitué des éléments diagnostiques. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, alors que la présence d'au moins un état indésirable permet d'établir le diagnostic. Les critères diagnostiques varient selon les pays et les organisations, mais ils incluent, en général, la présence d'une atteinte systémique d'apparition nouvelle, récente ou aggravée à la suite de la grossesse, notamment :

- atteinte hématologique (thrombocytopenie, hémolyse);
- atteinte hépatique (↑AST/ALT);
- atteinte rénale d'apparition nouvelle, récente ou aggravée (↑créatinine sérique, ratio protéine/créatinine ≥ 3,0 mg/dL);
- atteinte pulmonaire (œdème pulmonaire);
- atteinte neurologique d'apparition nouvelle;
- atteinte visuelle d'apparition nouvelle;
- dysfonction utéroplacentaire entraînant un retard de croissance intra-utérin (Magee, Pels, Helewa, Rey et von Dadelszen, 2016; Task Force on Hypertension in Pregnancy, 2013).

Physiopathologie de la prééclampsie

La prééclampsie a une origine inconnue. Toutefois, une hypothèse en particulier est largement avancée. Selon celle-ci, les phénomènes de placentation et d'adaptation cardiovasculaire à la grossesse seraient perturbés (Figure 1) (AMPRO, 2019; Lakhno, 2017; Magee et al., 2016; Pijnenborg, Vercruysse et Hanssens, 2006; Sibai, 2017; Verlohoren et al., 2017; WHO, 2011). Autrement dit, dès le début de la grossesse, certaines futures mères auraient une prédisposition à développer une prééclampsie lorsque la placentation ne se déroule pas de manière adéquate (Furuya, Ishida, Aoki et Fukamizy, 2008). Lors d'une prééclampsie d'apparition tardive, un seuil maternel abaissé (ex. : inflammation chronique, diabète de type 2) ou une placentation physiologique excessive (ex. : grossesse multiple) pourrait être en cause.

En général, la majorité des cas de prééclampsie touchent les femmes en santé et nullipares (Task Force on Hypertension in Pregnancy, 2013). Toutefois, de nombreux facteurs sont associés au risque de développer une prééclampsie, dont une obésité maternelle, une hypertension artérielle chronique, un diabète, un âge maternel avancé, une grossesse multiple, une histoire maternelle de prééclampsie dans la famille, etc. (Sibai, 2017).

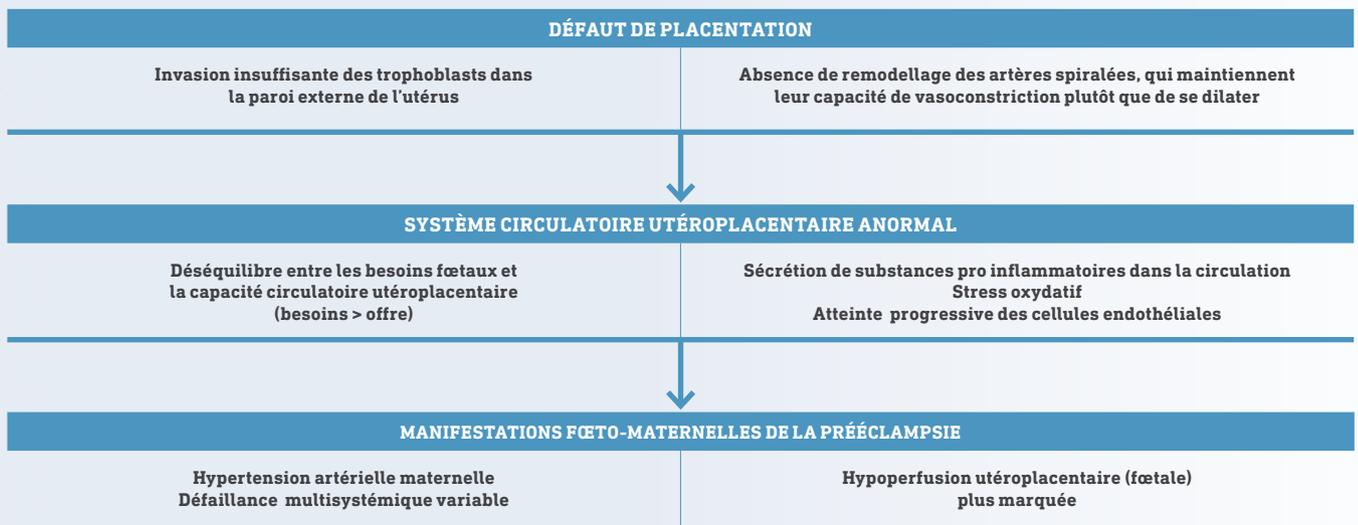
Lors d'une grossesse sans particularité, la placentation permet une perfusion utéroplacentaire adaptée, provoquant la dilatation des artères spiralées (Lakhno, 2017; Sibai, 2017; Verlohoren et al., 2017). Pendant la placentation en contexte de prééclampsie, l'invasion insuffisante des trophoblastes dans la paroi externe de l'utérus ne stimule donc pas la dilatation des artères spiralées, sous l'effet de protéines angiogéniques.

Ce défaut de placentation entraîne successivement un

La prééclampsie a une origine inconnue, toutefois une hypothèse en particulier est largement avancée. Selon celle-ci, les phénomènes de placentation et d'adaptation cardiovasculaire à la grossesse seraient perturbés.

déséquilibre de la perfusion utéroplacentaire, un stress oxydatif et la sécrétion d'agents pro-inflammatoires dans la circulation maternelle (Troiano, Witcher et McMurtry Baird, 2019). La femme enceinte, tout comme le fœtus, en sont affectés. Toutefois, il existe autant de tableaux cliniques que de femmes souffrant de prééclampsie. Autrement dit, les manifestations fœto-maternelles varient grandement, malgré la possibilité d'anticiper des tendances (AMPRO, 2019). Chez la femme enceinte, l'hypertension artérielle est, en général, le premier signe dépisté. Il s'ensuit l'atteinte d'autres systèmes, notamment hépatique, rénal et hématologique, qui sont les plus souvent touchés (Sibai, 2017). Chez le fœtus ou le nouveau-né, les conséquences de l'hypoperfusion compromettent la croissance normale. De plus, certaines complications maternelles, comme une forte crise hypertensive, provoquent parfois un décollement placentaire et mettent en danger la poursuite de la grossesse et la survie de la dyade.

Figure 1
HYPOTHÈSE DE PLACENTATION ANORMALE À L'ORIGINE DE LA PRÉÉCLAMPSIE PRÉCOCE



Source : Conçu par l'auteure à partir de Witcher et Shah, 2019; Troiano, Witcher et McMurtry Baird, 2019; AMPRO, 2019.

Atteintes multisystémiques et manifestations cliniques

Il est possible de regrouper les manifestations cliniques de la prééclampsie sous forme de système (**Tableau 1**). Cela facilite aussi la compréhension des atteintes multisystémiques. Par exemple, l'apparition d'une vision floue accompagnée d'hyperréflexie suggère une atteinte du système nerveux central. Dans un autre cas, une douleur au flanc droit accompagnée d'une hypertension artérielle réfractaire, d'une élévation des enzymes hépatiques et d'une légère baisse des plaquettes suggère plutôt l'évolution possible vers un syndrome de HELLP (décrit plus loin). Considérant la multitude de tableaux cliniques possibles, il est essentiel que l'infirmière ou l'infirmier comprenne les manifestations cliniques notées.

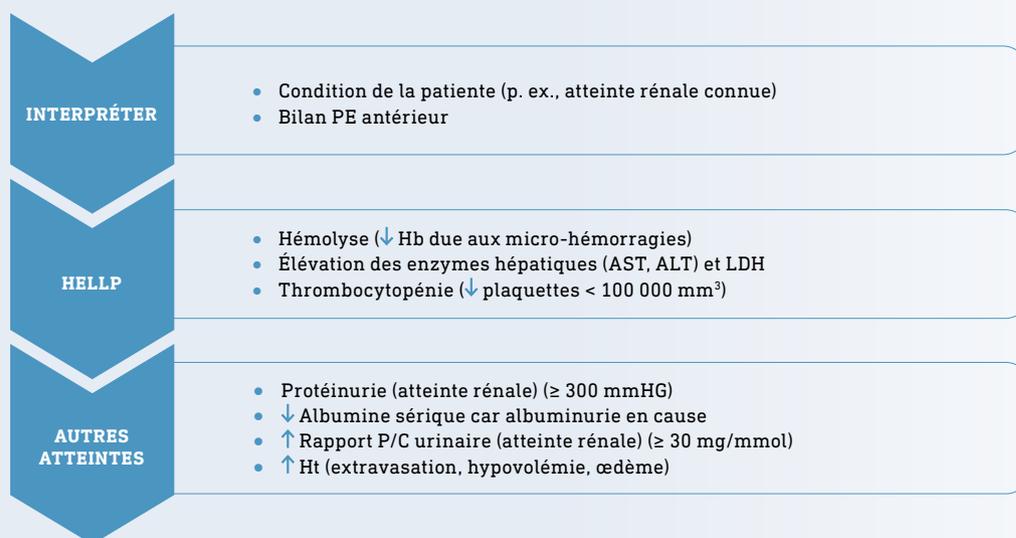
Mais comment l'évolution clinique peut-elle être suivie par l'infirmière ou l'infirmier? Un outil de choix est le bilan de prééclampsie, répété régulièrement selon une ordonnance. Tout comme dans le cas des manifestations cliniques, il est pertinent d'analyser les résultats du bilan en gardant en tête les systèmes pouvant être atteints (**Figure 2**). Il est essentiel de comparer les résultats obtenus avec les derniers bilans disponibles. Y a-t-il un nouveau système atteint? L'état est-il stable, en amélioration ou instable? Une complication est-elle anticipée? Ces résultats expliquent-ils les manifestations cliniques de la femme?

Tableau 1
MANIFESTATIONS FŒTO-MATERNELLES DE LA PRÉÉCLAMPSIE

FEMME ENCEINTE	FŒTUS OU NOUVEAU-NÉ	
DÉVELOPPEMENT	<ul style="list-style-type: none">• Retard de croissance intra-utérin• Oligohydramnios• Altération du bien-être fœtal : rythme de base anormal, variabilité minimale ou absente, faible score au profil biophysique	
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	<ul style="list-style-type: none">• Maux de tête sévères, persistants et ne répondant pas aux analgésiques• Troubles de la vue (vision floue, scotomes, flash de lumière, diplopie)• Tremblements, irritabilité, somnolence• Altération de l'état de conscience• Hyperréflexie à l'évaluation des réflexes ostéotendineux• Convulsions (éclampsie)	
SYSTÈME CARDIORESPIRATOIRE	<ul style="list-style-type: none">• Hypertension artérielle• Douleur thoracique• Dyspnée• Distension des veines du cou	
SYSTÈME HÉMATOLOGIQUE	<ul style="list-style-type: none">• Saignements, pétéchies• Thrombocytopenie• Hémolyse	
SYSTÈME HÉPATIQUE	<ul style="list-style-type: none">• Douleur au quadrant supérieur droit• Douleur épigastrique• Nausées et vomissements intenses• Insuffisance hépatique• ↑ AST/ALT• ↑ Bilirubine (ictère)	
SYSTÈME RÉNAL	<ul style="list-style-type: none">• Excrétion urinaire réduite (oligurie) < 15 mL/h• Œdème et prise de poids due à la rétention liquidienne• Protéinurie, indiquant un dysfonctionnement glomérulaire• Insuffisance rénale aiguë• ↑ Acide urique• ↑ Ratio protéine/créatinine	
AUTRES	<ul style="list-style-type: none">• Mort <i>in utero</i>• Prématurité	<ul style="list-style-type: none">• Mort <i>in utero</i>• Prématurité

Légende : AST : aspartate-aminotransférase; ALT : alanine aminotransférase; HELLP : Hémolyse, enzymes hépatiques élevées, faible numération plaquettaire.
Source : Adaptation de AMPRO (2019) et Troiano et al. (2019).

Figure 2
INTERPRÉTATION DU BILAN DE PRÉÉCLAMPSIE



Légende : PE : prééclampsie; AST : aspartate-aminotransférase; ALT : alanine-aminotransférase; LDH : lactate déshydrogénase; P/C : protéines/créatinine; Ht : hématocrite.
Source : Conçu par l'auteure

Comme mentionné précédemment, certaines femmes sont prédisposées à être touchées par une prééclampsie. Selon le moment d'apparition de l'hypertension artérielle et la présence ou non d'états indésirables, il est possible de déterminer le type précis de trouble hypertensif et d'orienter la prise en charge en conséquence. En effet, celle-ci est évolutive, tout comme l'est la prééclampsie, qui tend à progresser au cours de la grossesse pour se résorber quelques semaines après la naissance (Troiano et al., 2019). Plusieurs organisations ont établi des classifications. Le tableau suivant résume les principaux types permettant la classification diagnostique, selon AMPRO (2019) – Approche multidisciplinaire de prévention des risques obstétricaux – et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) (Magee et al., 2016) (Tableau 2).

Chacune de ces catégories nécessite une prise en charge unique. De plus, l'évolution est difficile à prévoir, tout comme le pronostic fœto-maternel. Il est néanmoins reconnu que l'apparition d'une prééclampsie surajoutée à une hypertension artérielle chronique assombrit le pronostic tant pour la mère que pour le fœtus (Troiano et al., 2019). Cela s'explique par la présence d'atteintes multisystémiques maternelles antérieures à la grossesse.

COMPLICATIONS GRAVES

En raison de son caractère multisystémique, la prééclampsie présente un tableau varié et complexe d'évolutions possibles. Des complications graves peuvent survenir. L'infirmière ou l'infirmier peut grandement contribuer à une prise en charge sécuritaire de la femme prééclamptique, en reconnaissant ces complications et en agissant en temps opportun. Ce faisant, il ou elle applique une de ses activités réservées, soit d'« 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 ». Des signaux d'alerte peuvent suggérer qu'une complication grave est sur le point de survenir (Task Force on Hypertension in Pregnancy, 2013) :

- TA systolique ≥ 160 mmHG à au moins deux reprises, à 4 heures d'intervalle;

- TA diastolique ≥ 110 mgHG à au moins deux reprises, à 4 heures d'intervalle;
- thrombocytopénie (plaquettes < 100 000 mm³);
- atteinte hépatique (↑ AST jusqu'au double de la valeur normale);
- atteinte rénale nouvelle ou aggravée (créatinine sérique > 1,1 mg/dL ou jusqu'au double de la valeur normale);
- œdème pulmonaire;
- atteinte neurologique ou visuelle nouvelle ou aggravée.

La prééclampsie étant multisystémique, cette liste n'est pas exhaustive. Le jugement clinique de l'infirmière prévaut.

L'infirmière ou l'infirmier peut grandement contribuer à une prise en charge sécuritaire de la femme prééclamptique, en reconnaissant ces complications et en agissant en temps opportun.

Éclampsie

L'éclampsie consiste en la survenue de convulsions tonico-cloniques chez une femme prééclamptique. Aucune autre cause que la prééclampsie ne peut expliquer les convulsions (ex. : épilepsie). Elle survient dans environ 0,05 % des grossesses (ASPC, 2017).

L'éclampsie est la complication la plus sévère au niveau neurologique chez la femme prééclamptique (Townsend, O'Brien et Khalil, 2016). La cause sous-jacente serait la progression d'un vasospasme cérébral, d'un œdème, d'une ischémie et de dommages endothéliaux contribuant à l'augmentation de la pression intracrânienne. Typiquement, les maux de tête sévères et une altération de la vue précèdent l'éclampsie. Toutefois, dans 20 % des cas, aucun signe précurseur ne précéderait l'éclampsie, d'où la grande vigilance requise par l'infirmière ou l'infirmier (Cooray, Edmonds, Tong, Samarasekera et Whitehead, 2011). Ces convulsions sont souvent limitées et de courte durée. L'administration de sulfate de magnésium permet de prévenir cette complication.

Tableau 2
CLASSIFICATION DES TROUBLES HYPERTENSIFS DE LA GROSSESSE

TYPES	DÉFINITIONS	SOUS-TYPES
HYPERTENSION ARTÉRIELLE PRÉEXISTANTE	<ul style="list-style-type: none"> TAS \geq 140 mmHG Ou TAD \geq 90 mmHG Apparition avant la grossesse ou avant 20 semaines de grossesse Sévère si : <ul style="list-style-type: none"> Tension artérielle systolique (TAS) \geq 160 mmHG Ou Tension artérielle diastolique (TAD) \geq 110 mmHG 	<ul style="list-style-type: none"> Avec comorbidités (diabète de type 1 ou 2, néphropathie) Avec prééclampsie surajoutée <ul style="list-style-type: none"> Hypertension réfractaire OU Protéinurie récente ou aggravée OU État indésirable (ex : symptômes visuels) OU Complication grave (ex : décollement rétinien)
HYPERTENSION GRAVIDIQUE OU GESTATIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> TAS \geq 140 mmHG Ou TAD \geq 90 mmHG Apparition avant la grossesse ou à partir de 20 semaines de grossesse Sévère si : <ul style="list-style-type: none"> Tension artérielle systolique (TAS) \geq 160 mmHG Ou Tension artérielle diastolique (TAD) \geq 110 mmHG 	<ul style="list-style-type: none"> Avec comorbidités (diabète de type 1 ou 2, néphropathie) Avec prééclampsie surajoutée <ul style="list-style-type: none"> Hypertension réfractaire OU Protéinurie récente ou aggravée OU État indésirable (ex : symptômes visuels) OU Complication grave (ex : décollement rétinien)
PRÉÉCLAMPSIE	<ul style="list-style-type: none"> Hypertension gestationnelle accompagnée d'un ou de plusieurs états indésirables : <ul style="list-style-type: none"> Protéinurie récente OU État indésirable OU Complication grave 	<ul style="list-style-type: none"> Pré éclampsie grave en présence d'au moins une complication grave
ÉCLAMPSIE	<ul style="list-style-type: none"> Convulsions chez une femme prééclamptique, dans un contexte où les convulsions ne peuvent pas être attribuées à une autre cause 	

Légende : TAS : tension artérielle systolique; TAD : tension artérielle diastolique; mmHG : millimètre de mercure.
Sources : AMPRO (2019); Magee et al., 2016.

Durant une convulsion, la femme enceinte peut hyperventiler ou être en apnée pendant une très courte période. Ce mécanisme de compensation à l'acidémie est provoqué par la convulsion. Un support ventilatoire est indiqué. Il est primordial d'évaluer le bien-être fœtal dès la fin de l'épisode de convulsions ou dès que possible si l'épisode se prolonge. Le tracé du monitoring électronique fœtal pourrait montrer une bradycardie fœtale ou toute autre anomalie due à une hypoxémie fœtale (Troiano et al., 2019). Dans ce contexte, la stabilisation maternelle prévaut sur la stabilisation fœtale. Le positionnement en décubitus latéral gauche et l'administration d'oxygène, selon une ordonnance, font partie des premières mesures de réanimation intra-utérine à appliquer (Liston, Sawchuck et Young, 2018).

Typiquement, les maux de tête sévères et une altération de la vue précèdent l'éclampsie. Toutefois, dans 20 % des cas, aucun signe précurseur ne précéderait l'éclampsie, d'où la grande vigilance requise par l'infirmière ou l'infirmier.

Les convulsions ou les atteintes neurologiques peuvent occasionner des déficits, comme une perte de la vue. Heureusement, chez plus de 50 % des femmes, ces déficits sont temporaires et se résorbent dans les semaines suivant la naissance (Ghulmiyyahm et Sibai, 2012; Sibai, Sarinoglu et Mercer, 1992).

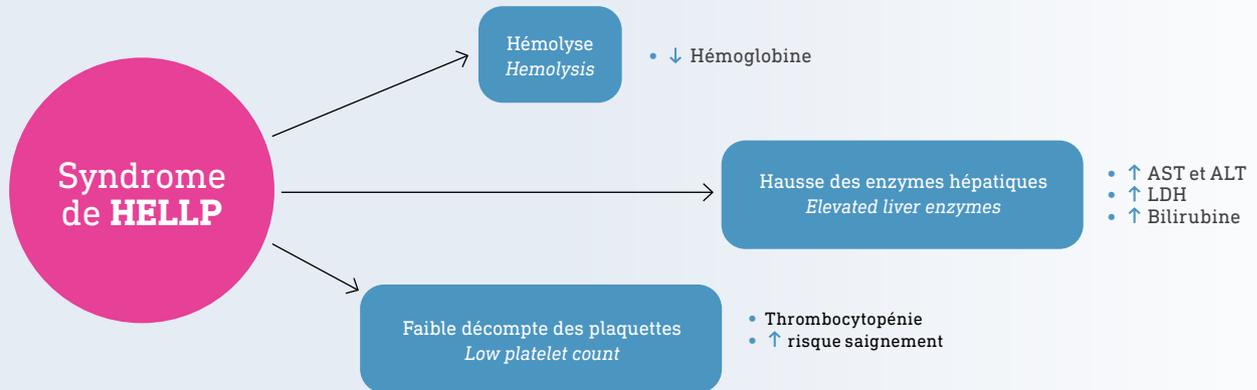
Syndrome de HELLP

Le syndrome de HELLP est une forme d'évolution des troubles hypertensifs de grossesse (**Figure 3**). Certains le considèrent comme un sous-type de la prééclampsie (Troiano et al., 2019). Comme celle-ci, ce syndrome tend à se résorber après la grossesse. Il est caractérisé par la présence simultanée :

- d'une hémolyse;
- d'une élévation des enzymes hépatiques;
- d'une baisse du compte des plaquettes.

Chacun de ces éléments peut, néanmoins, se présenter seul. L'activation soutenue du système de coagulation est provoquée par la dysfonction endothéliale. Cela contribue à une destruction de l'hémoglobine (hémolyse) et à une baisse du compte de plaquettes. L'élévation des enzymes hépatiques, les AST et les ALT, est provoquée par l'hypoperfusion hépatique. Progressivement, celle-ci peut s'associer à une douleur persistante et localisée à l'épigastre ou au quadrant supérieur droit. Un hématome hépatique pourrait survenir. **L'infirmière ou l'infirmier doit porter attention aux caractéristiques de la douleur épigastrique et à la stabilité hémodynamique de la femme.** En cas de rupture, l'hématome hépatique peut provoquer une hémorragie interne. Il est alors possible d'observer une augmentation de l'intensité de la douleur épigastrique ou au quadrant supérieur droit, une douleur nouvelle à l'épaule, suivi par des symptômes comparables à un choc hypovolémique (Sibai, 2017). Cette urgence peut compromettre la survie de la mère et du fœtus.

Figure 3
SYNDROME DE HELLP



Légende : HELLP : hémolyse, enzymes hépatiques élevés, faible numération plaquettaire; AST : aspartate-aminotransférase; ALT : alanine aminotransférase; LDH : lactate déshydrogénase.

Décollement placentaire

Le décollement placentaire est cinq fois plus fréquent chez les femmes prééclampsiques que chez les femmes enceintes sans hypertension (Ananth, Berkowitz, Savitz et Lavinski, 1999; Oyelese et Ananth, 2006; Sibai, Mabi, Shamsa, Villar et Anderson, 1990). Il survient lorsque le placenta se détache de la paroi utérine. Une hausse subite de la pression artérielle peut précéder ce décollement.

Cliniquement, une douleur soudaine et localisée à l'abdomen et une hypertonie constante de l'utérus, avec ou sans saignement utérin visible, sont les signes précoces d'un décollement placentaire. Si un tracé ou un monitoring fœtal est en cours, des anomalies de la fréquence cardiaque fœtale, du rythme de base et/ou de la variabilité seraient observés (Jain, Chari, Maslovitz et Farine, 2016). Le décollement placentaire est une urgence médicale.

Œdème pulmonaire

L'œdème pulmonaire n'est pas spécifique à la prééclampsie, mais survient plus fréquemment dans ce contexte. Il s'avère que 3 % des femmes prééclampsiques auront un œdème pulmonaire (Sibai, Mabie, Harvey et Gonzalez, 1987). L'augmentation de la perméabilité capillaire due aux dommages endothéliaux provoque le passage des fluides en dehors de la circulation sanguine. Ces fluides peuvent alors provoquer un œdème généralisé ou pulmonaire.

À titre préventif, il est possible de prendre diverses mesures. Une limite liquidienne, l'administration vigilante de perfusion intraveineuse et la surveillance étroite des signes précurseurs sont

indiquées (Troiano et al., 2019). L'œdème pulmonaire se manifeste par la survenue plus ou moins rapide des symptômes suivants :

- toux;
- souffle court;
- orthopnée (dyspnée en position couchée, améliorée en position assise ou debout);
- désaturation en oxygène;
- wheezing ou crépitations à l'auscultation pulmonaire.

PRÉVENTION

Peu de moyens préviennent la survenue et l'évolution de la prééclampsie.

En début de grossesse, chez la femme à risque élevé de prééclampsie, la prise d'aspirine à faible dose (de 60 à 150 mg p.o. die) préviendrait certaines complications. Les risques d'éclampsie, de retard de croissance intra-utérin et de naissance prématurée seraient réduits. Toutefois, rien ne démontre la réduction du risque de décollement placentaire.

Autrement, la détection précoce d'une hausse de la pression artérielle est le moyen privilégié pour prendre en charge la prééclampsie. Lors du suivi de grossesse, la pression artérielle doit être mesurée à chaque rendez-vous (Harvey et Durand, 2015). En cas de doute sur la valeur de la mesure de la pression artérielle ou encore chez la femme à risque, une prise manuelle doit être effectuée. De plus, une mesure adéquate de la pression artérielle par l'infirmière ou l'infirmier est essentielle. En cas de diagnostic de

Cas clinique (suite)

Lors de votre dernière évaluation de M^{me} Larivière, sa pression artérielle manuelle était à 168/118. Vous la reprenez 15 minutes plus tard, après vous être assurée de réduire les stimuli. Malgré cela, sa pression artérielle demeure à 166/119.

Vous complétez votre évaluation clinique, selon votre champ d'exercice, afin de dresser un tableau complet de la situation. Vous avez en tête des signaux d'alarme indiquant des complications de la prééclampsie. Entre autres, vous avez déjà assisté à une hausse soudaine de pression artérielle ayant provoqué un décollement placentaire. Pour cette raison, vous demandez à M^{me} Larivière si elle ressent une douleur abdominale et si elle a eu des pertes sanguines. Elle vous répond ressentir une douleur, toutefois pas toutefois pas tel qu'anticipé. Sa douleur est à 8/10 au flanc supérieur droit. Elle est constante depuis quelques jours, mais a augmenté depuis 1 heure environ. Elle n'a aucune perte sanguine. Dans le dernier bilan, vous aviez noté que les enzymes hépatiques étaient élevés, presque le double de la normale. Selon votre jugement clinique, votre évaluation est-elle suffisamment complète pour aviser le médecin?

troubles hypertensifs de la grossesse (THG), la pression artérielle doit toujours être prise manuellement. Un brassard trop serré, un bras non soutenu en position détendue et sous le niveau du cœur ainsi que le fait de parler entraînent une mesure faussement élevée de la pression artérielle (Troiano et al., 2019). À l'inverse, un brassard trop grand ou l'usage d'un sphygmomanomètre automatisé peuvent donner une valeur faussement basse (AMPRO, 2019; Babbs, 2012; Pickering, Hall, Appel, Falkner, Graves, Hill et al., 2005).

Comment bien prendre la pression artérielle lors d'un trouble hypertensif de la grossesse?

- Offrir une période de 10 minutes de repos si possible, en installant la femme en position assise, jambes décroisées et pieds à plat au sol.
- Relever la manche de son vêtement sans faire de « garrot ».
- Choisir un brassard de taille adéquate (1 fois et demie la circonférence du bras) et un sphygmomanomètre manuel.
- Placer le bras au niveau du cœur, soutenu par une surface afin de permettre au bras de se détendre.
- Demander à la femme de ne pas parler durant la prise de pression (éviter de lui poser des questions durant cette période).
- Mesurer la TA aux deux bras et choisir la valeur la plus élevée.
- Si la TA doit être reprise au même bras, attendre au moins 5 minutes.

PRISE EN CHARGE

Lors d'un épisode aigu de prééclampsie, une surveillance étroite de la santé fœto-maternelle est requise. Souvent, une hospitalisation anténatale doit avoir lieu pour une période indéterminée. Il est recommandé que toutes les unités périnatales se dotent d'un protocole de prise en charge de l'hypertension artérielle (AMPRO 2019).

À ce moment, la prise en charge est focalisée sur la prévention des convulsions, le contrôle de la pression artérielle par un traitement antihypertenseur immédiat et l'amélioration de la perfusion systémique. L'arrêt prématuré de la grossesse demeure le traitement définitif lors de la survenue d'une complication grave (Troiano et al., 2019).

L'infirmière ou l'infirmier doit porter attention aux caractéristiques de la douleur épigastrique et à la stabilité hémodynamique de la femme.

Collaboration interdisciplinaire

Compte tenu du haut risque de complication, une approche de collaboration interdisciplinaire est essentielle lors de la prise en charge d'une femme prééclampsique. Les compétences de chaque personne sont ainsi mises à profit. Cette collaboration nécessite une communication ouverte (ex. : partage d'information, consultation) (ACIS, 2006). En fin de compte, elle favorise tant la sécurité de la femme prééclampsique que la qualité du suivi clinique et l'efficacité des interventions face à une complication.

Traitement antihypertenseur

L'administration d'un traitement antihypertenseur lors d'un épisode aigu de prééclampsie est basée sur la cible de la pression artérielle à atteindre. En général, la pression artérielle systolique visée se situe entre 140 et 150 mmHg et une pression artérielle diastolique entre 90 et 100 mmHg. Ces valeurs cibles varient d'un centre à l'autre et d'une femme à l'autre. Dans tous les cas, il faut éviter d'induire une chute abrupte de la pression artérielle, surtout chez les femmes ayant une pression artérielle très élevée, une baisse subite pouvant entraîner une hypoperfusion cérébrale (Ruland et Aiyagari, 2007).

Dans ce cas, la thérapie antihypertensive s'accompagne en général de limites minimales de pression artérielle. Sous ces limites, la dose thérapeutique ne devrait pas être administrée.

Suivi liquidien

Le suivi liquidien, par un dosage des ingesta et excréta, permet de détecter un ensemble de complications (Druzin, Shields, Peterson et Cape, 2013). Une oligurie pourrait témoigner d'une atteinte rénale, expliquer un œdème généralisé et, peut-être, des complications plus graves. Comme mentionné précédemment, rappelons que les mesures préventives comprennent le respect d'une limite liquidienne et une thérapie intraveineuse à un débit minimal. En cas de doute sur une complication, par exemple un œdème pulmonaire, l'infirmière ou l'infirmier peut réaliser une auscultation pulmonaire et mesurer la saturation en oxygène. Ces interventions relèvent du champ d'exercice de l'infirmière ou de l'infirmier et de ses activités réservées. Son jugement clinique est essentiel, afin de compléter son évaluation à la lumière de ses connaissances et de l'évolution clinique à anticiper chez la femme enceinte. Par exemple, une oligurie associée à une dyspnée pourrait indiquer la présence d'un œdème pulmonaire. Dans ce cas, l'infirmière ou l'infirmier peut évaluer l'état clinique puis aviser l'équipe médicale. Y a-t-il présence de désaturation? Une perfusion de sulfate de magnésium est-elle en cours? Quelle était la dernière valeur de la créatinine?

Suivi de la pression artérielle

Lors du suivi clinique à l'unité anténatale, la surveillance de la pression artérielle a lieu à intervalles rapprochés. La conduite à tenir lors d'une mesure trop élevée de la pression artérielle (ex. : $\geq 160/110$ mmHG ou selon ordonnance médicale individuelle) est la suivante :

- reprendre la mesure de la pression artérielle dans 15 minutes;
- évaluer la présence et l'évolution de symptômes associés à la prééclampsie :
 - pertes sanguines utérines ou douleur vive et localisée laissant croire à un décollement placentaire;
 - troubles de la vision et maux de tête sévères (signe précurseur d'éclampsie);
 - douleur épigastrique ou au quadrant supérieur droit augmentée par une douleur à l'épaule droite (hématome hépatique);
 - absence de mouvements fœtaux ressentis par la femme enceinte (souffrance fœtale).
- si la mesure de la pression artérielle demeure trop élevée ou selon l'état clinique :
 - évaluer le bien-être fœtal;
 - aviser le médecin;
 - appliquer le protocole de prise en charge, si disponible.

Enseignement

Trop souvent oublié ou précipité, l'enseignement à la femme enceinte et à son ou sa partenaire favorise une détection précoce des signes de complication, tout en réduisant le stress du couple. Lors de cette intervention, il est pertinent d'inclure le partenaire ou une personne proche, car l'hospitalisation en raison d'une grossesse à risque élevé a des conséquences sur le couple. Le stress induit par l'imprévisibilité de la situation peut en partie être géré par l'information transmise à la femme enceinte et à son partenaire (Lavallée, 2013). L'intervention d'enseignement devrait donc couvrir les aspects suivants :

- thérapie antihypertensive et plan de soins en cours;
- utilisation de méthodes d'évaluation fœto-maternelle (ex. : doppler de l'artère utérine, examen de réactivité fœtale, profil biophysique, etc.);
- décompte des mouvements fœtaux;

- signaux d'alarme **à surveiller** : maux de tête sévères ou persistants, troubles de la vue, apparition de douleur épigastrique à l'abdomen, et tout autre symptôme pertinent à la situation clinique fœto-maternelle;
- signaux d'alarme **à mentionner immédiatement** à un professionnel (infirmière ou médecin) : douleur vive et localisée à l'abdomen, sensation de perte de conscience ou convulsions, faiblesse musculaire, douleur thoracique, perte de la vue ou du champ visuel, saignement utérin, tout autre symptôme pertinent à la situation clinique fœto-maternelle;
- repos;
- hydratation selon la limite liquidienne établie;
- milieu calme et réduction des stimuli négatifs;
- méthodes de gestion du stress ou de distraction (disponibles dans certaines unités anténatales).

Cet enseignement devrait être répété selon les besoins de la femme et de sa famille, et selon l'évolution de la situation clinique (Lavallée, 2013). De plus, il peut permettre de corriger de fausses croyances et de dissiper les craintes laissées en suspens (Côté et Leblanc, 2018).

À la suite d'un épisode aigu de prééclampsie, par exemple, une réévaluation des besoins d'information et d'enseignement devrait être effectuée. Selon le déroulement des événements, la qualité de la prise en charge, les changements à la situation antérieure (ex. : fin de la grossesse, modification du plan de traitement), l'infirmière ou l'infirmier ajustera l'enseignement à réaliser au moment opportun, une fois le risque immédiat pour la santé fœto-maternelle écarté.

En somme, l'enseignement n'est pas une intervention professionnelle unique ou figée dans le temps. Il devrait avoir lieu lorsqu'un professionnel en détermine le besoin ou à la demande de la femme ou de sa famille. Il doit s'insérer dans la prise en charge optimale de la prééclampsie, au même titre que l'évaluation de la santé fœto-maternelle.

Prévention de l'éclampsie

Agent de choix depuis de nombreuses années (Lucas, Leveno et Cunningham, 1995), le sulfate de magnésium est largement utilisé dans la prévention de l'éclampsie. Il a notamment l'avantage de ne pas supprimer le réflexe de déglutition (*gag reflex*). Son mécanisme d'action consisterait à provoquer une vasodilatation périphérique et cérébrale qui préviendrait les dommages endothéliaux cérébraux, l'œdème cérébral et l'irritation du système nerveux central. Néanmoins, la toxicité du sulfate de magnésium est importante et doit être surveillée étroitement. L'effet

thérapeutique anticonvulsivant peut vite avoir un effet néfaste. La toxicité sur le système nerveux central se manifeste peu à peu par une altération de l'état de conscience, une perte des réflexes, une dépression respiratoire, puis un arrêt cardiorespiratoire. Pour cette raison, leur surveillance étroite (ex. : fréquence respiratoire toutes les heures) s'impose. La diurèse doit aussi être évaluée, puisque le sulfate de magnésium est éliminé par les reins. Une oligurie ou une anurie peut suggérer une élimination insuffisante et augmenter ainsi le risque de toxicité. Par mesure de sécurité, l'infirmière ou l'infirmier devrait toujours conserver au chevet l'antidote au sulfate de magnésium (gluconate de calcium), ainsi que le matériel requis à son administration.

Selon l'évaluation clinique de la femme sous sulfate de magnésium, il est possible d'estimer les taux sériques ou une potentielle toxicité (**Tableau 3**) Il est à noter que la surveillance préventive du taux sérique de sulfate de magnésium n'est pas recommandée.

L'enseignement n'est pas une intervention unique ou figée dans le temps. Il devrait avoir lieu lorsqu'un professionnel en détermine le besoin ou à la demande de la femme ou de sa famille.

Le sulfate de magnésium permet de réduire de moitié le risque d'éclampsie. Toutefois, elle peut survenir malgré une perfusion thérapeutique. Dans ce cas, il est important de se référer au protocole en vigueur. L'infirmière ou l'infirmier doit se rappeler que la période de convulsions dure la plupart du temps de 60 à 75 secondes. Durant ce temps, la femme présente des spasmes faciaux, une rigidité du corps et des contractions musculaires généralisées. Une perte de conscience peut s'ensuivre. En général, il est recommandé de :

- demeurer calme;
- demander de l'aide;
- tourner la femme sur le côté gauche pour dégager ses voies respiratoires et favoriser la perfusion utéroplacentaire (principe de réanimation intra-utérine);
- sécuriser l'environnement (ex. : prévenir un risque de chute en remontant les ridelles de lit, poser un objet mou sous la tête de la femme si elle est au sol, éloigner les objets susceptibles de la blesser, détacher les vêtements trop serrés);
- ne rien insérer dans la bouche durant la convulsion (ex. : canule oropharyngée).

Tableau 3
SIGNES D'HYPERMAGNÉSÉMIE

SURVEILLANCE INFIRMIÈRE	SIGNES DE TOXICITÉ AU SULFATE DE MAGNÉSIMUM	RAISONNEMENT
État de conscience	Altération de l'état de conscience Confusion	Signe précoce de toxicité dès 4 mmol/L
Réflexes ostéo-tendineux (ROT)	Hyporéflexie Disparition des ROT	Signe précoce de toxicité dès 4 mmol/L
Fréquence respiratoire	Bradypnée ≤ 12 resp./min	Dépression respiratoire dès 6 mmol/L
Débit urinaire horaire	Oligurie < 15 mL/h	Sulfate de magnésium excrété par les reins
Taux sérique de MgSO ₄	Hypermagnésémie ≥ 4 mmol/L	Cible thérapeutique : 2 – 3,5 mmol/L

Légende : MgSO₄ : sulfate de magnésium
Sources : Smith et al., 2013; AMPRO, 2019

Ensuite, à la fin de la convulsion, il est recommandé :

- d'évaluer le bien-être fœtal et les signes vitaux complets de la femme;
- d'évaluer l'état de conscience;
- d'administrer de l'oxygène avec un masque facial au besoin, selon une ordonnance;
- de s'assurer de la perméabilité des voies respiratoires et d'aspirer les sécrétions, s'il y a lieu;
- de demeurer à l'affût de signes de décollement placentaire ou d'autres complications (ex. : risque augmenté de thrombose veineuse profonde et d'accident vasculaire cérébral);
- d'agir selon les particularités cliniques (ex. : administrer un bolus de sulfate de magnésium, selon une ordonnance, anticiper une césarienne d'urgence);
- de documenter l'épisode de convulsions.
(AMPRO, 2019; Witcher et Shah, 2019)

L'une des compétences infirmières essentielles dans ce contexte est de déterminer l'intervention infirmière adéquate selon l'évaluation clinique de la femme présentant une prééclampsie (AWHONN, 2009).

RETOUR SUR LES ÉVÉNEMENTS

Un retour sur les événements entourant un épisode aigu sera utile, tant sur le plan organisationnel qu'individuel.

Sur le plan organisationnel, l'établissement d'un débriefage systématique ou d'une analyse post-événements avec les professionnels de la santé impliqués fait partie d'un processus d'amélioration continue des pratiques en place. En plus de permettre de déterminer les failles et les réussites, cela permet aux professionnels de la santé de discuter librement dans un climat de respect. Selon Daigle (2017), le débriefage améliore les performances de l'équipe de 20 % sur les plans de la sécurité des soins aux patients, des notes aux dossiers et des évaluations individuelles du personnel (Tannenbaum et Cerasoli, 2013).

Sur le plan individuel, en procédant à une réflexion ou à l'analyse d'un événement donné, l'infirmière ou l'infirmier participe à un processus d'amélioration continue (Ouellet, 2016). Elle ou il s'engage à développer son jugement clinique, son autonomie professionnelle et ses compétences, tout en contribuant à offrir une prestation de soins sécuritaires et de qualité.

CONCLUSION

La prééclampsie est une complication grave de la grossesse, autant pour la femme que pour l'enfant à naître. La surveillance infirmière lors d'un épisode aigu permet de détecter en temps opportun une évolution indésirable et d'enclencher une prise en charge appropriée. Toutefois, il peut être difficile de gérer l'ambivalence et de tolérer la progression de la prééclampsie, tant pour la femme enceinte et sa famille que pour l'équipe professionnelle. Une compréhension de la prééclampsie et des signes et symptômes sévères aide l'infirmière ou l'infirmier à optimiser son suivi clinique. Il est important aussi de se rappeler que lors d'un événement indésirable, les femmes et leur famille apprécient que les professionnels soient honnêtes avec eux et les impliquent dans les décisions (AMPRO, 2019). Grâce à la collaboration avec l'équipe médicale, l'équipe interdisciplinaire et la famille, cette communication facilite la gestion de l'épisode. ●



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!**

Opportunités de travailler à temps complet dans plusieurs secteurs d'activité!

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
Québec

À la suite de votre appel, le médecin a réévalué M^{me} Larivière. Elle a été transférée à la salle d'accouchement pour un monitoring électronique fœtal (MÉF) et un traitement antihypertenseur intraveineux a été mis en place. Vous avez agi en temps opportun. Votre collègue infirmière vous a donné des nouvelles de M^{me} Larivière. Pour le moment, son état est stable et sa TA a diminué. Le tracé du MÉF est normal. Vous êtes rassurée, mais, en même temps, vous savez que l'atteinte hépatique de M^{me} Larivière sera résolue uniquement à la fin de la grossesse. Vous remerciez votre collègue pour cette information et lui demandez si cet épisode a été expliqué à la patiente. Elle vous informe que le médecin a fait une mise au point avec elle. Le personnel attend aussi l'arrivée du partenaire de M^{me} Larivière afin de discuter du plan de traitement et des options possibles.



Cas clinique

INSTAURATION D'UN TRAITEMENT ANTIHYPERTENSEUR ET SUIVI INFIRMIER

L'AUTEURE

ÉMILIE LAVALLÉE
Inf., M. Sc. inf.

Conseillère cadre clinicienne en soins infirmiers, Volet Mère-Enfant,
Direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction de cet article.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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



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

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

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

Balises déontologiques

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

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2013). «Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2013: un rapport du système canadien de surveillance périnatale». Ottawa: ASPC. Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aspc-phac/HP7-1-2013-fra.pdf
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2014). «Hypertension maternelle au Canada». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/hypertension-maternelle-canada.html>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2017). «Indicateurs de la santé périnatale au Canada 2017: un rapport du système canadien de surveillance périnatale». Repéré à <https://sante-infobase.canada.ca/>
- Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS). (2006). «Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires». Ontario, ON: ACIS. Repéré à <https://cpa.ca/cposite/UserFiles/Documents/advocacy/Practice/ACIS%20-%20Principes%20et%20adresses%20mars.pdf>
- AMPRO (2019). «Troubles de l'hypertension liés à la grossesse et Communication» (17^e éd.). Mississauga, ON: Salus Global Corporation.
- Ananth, C. V., Berkowitz, G. S., Savitz, D. A. et Lavinski, R. H. (1999). «Placental abruption and adverse perinatal outcomes». *Journal of the American Medical Association*, 282(17), 1646-1651.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2009). «Standards for perinatal nursing practice and certification in Canada» (2^e éd.). Washington: AWHONN.
- Babbs, C. F. (2012). «Oscillometric measurement of systolic and diastolic blood pressures validated in a physiologic mathematical model». *Biomedical Engineering Online*, 11, 56.
- Cooray, S. D., Edmonds, S. M., Tong, S., Samarasekera, S. P. et Whitehead, C. L. (2011). «Characterization of symptoms immediately preceding eclampsia». *Obstetrics and Gynecology*, 118(5), 1000-1004.
- Côté, M. et Leblanc, N. (2018). «Grossesse à risque élevé et hospitalisation prolongée avec allaitement». *Perspective infirmière*, 16(2), 49-52.
- Daigle, V. (2017). «Le debriefing: une culture d'apprentissage». *Cyberjournal de l'Ordre des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière*, 8(4).
- Druzin, M. L., Shields, L. E., Peterson, N. L. et Cape, V. (2013). «Preeclampsia toolkit: Improving health care responses to preeclampsia (California Maternal Quality Care collaborative toolkit to transform maternity care). Developed under contract #11-10006 with California Department of Public Health». Sacramento, CA: California Maternal Quality Care Collaborative.
- Duley, L. (2009). «The global impact of pre-eclampsia and eclampsia». *Seminars of Perinatology*, 33(3), 130-137.
- Furuya, M., Ishida, J., Aoki, I. et Fukamizu, A. (2009). «Pathophysiology of placental abnormalities in pregnancy-induced hypertension». *Vascular Health and Risk Management*, 4(6), 1301-1313.
- Ghulmiyiah I. et Sibai, B. M. (2012). «Maternal mortality from preeclampsia/eclampsia». *Seminars in Perinatology*, 36(1), 56-59.
- Harvey, B. et Durand, S. (2015). «Standards de pratique en soins infirmiers – Soins de proximité en périnatalité». Montréal, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Jain, V., Chari, R., Maslovitz, S. et Farine, D. (2016). «Lignes directrices pour la prise en charge d'une patiente enceinte ayant subi un traumatisme». *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 38(12S), S665-S687.
- Laksho, I. (2017). «Autonomic imbalance captures maternal and fetal circulatory response to pre-eclampsia». *Clinical Hypertension*, 23(5), 1-6.
- Lavallée, É. (2013). «L'hospitalisation de la femme en raison d'une grossesse à risque élevé: l'expérience de couples» [Mémoire de maîtrise]. Montréal: Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières.
- Lisonkova, S., Sabr, Y., Mayer, C., Young, C., Skoll, A. et Joseph, K. S. (2014). «Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia». *Obstetrics and Gynecology*, 124(4), 771-781.
- Liston, R., Sawchuck, D. et Young, D. (2018). «Surveillance du bien-être fœtal: directive consensus d'intrapartum». *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 40(4), e323-e352.
- Lucas, M. J., Leveno, K. J. et Cunningham, F. G. (1995). «A comparison of magnesium sulfate with phenytoin for the prevention of eclampsia». *New England Journal of Medicine*, 333(4), 201-205.
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E. et von Dodelsen, P. (2016). «Diagnostic, évaluation et prise en charge des troubles hypertensifs de la grossesse: résumé directif». *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, 38(12S), S426-S452.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3^e éd.-PDF). Montréal: OIIQ.
- Ouellet, J. (2016). «La pratique réflexive comme vecteur du développement professionnel infirmier dans un contexte de pratique prudentielle». Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/evenements/congres2016/pdf/pratique-reflexive-vecteur-deve-prof-congres-2016-a8.pdf>
- Oyesele, Y. et Ananth, C. V. (2006). «Placental abruption». *Obstetrics and Gynecology*, 108(4), 1005-1016.
- Pickering, T. G., Hall, J. E., Appel, L. J., Falkner, B. E., Graves, J., Hill, M. N., ... Roccella, E. J. (2005). «Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals—Part 1. Blood pressure measurement in humans: A statement for professionals from the Subcommittee of professional and public education of the American Heart Association Council on high blood pressure research». *Circulation*, 115(1), 142-161.
- Pijnenborg, R., Vercrusysse, L. et Hanssens, L. (2006). «The uterine spiral arteries in human pregnancy: Facts and controversies». *Placenta*, 27(9-10), 939-958.
- Ruland, S. et Aiyagari, V. (2007). «Cerebral autoregulation and blood pressure lowering». *Hypertension*, 49(5), 977-998.
- Sibai, B. M. (2017). «Preeclampsia and hypertensive disorders». Dans Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., London, M. B., Galan, H. L., Janciaux, E. R., ... Grobman, W. A. (dir.). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (7^e éd.) (p. 661-705). Philadelphia: Elsevier.
- Sibai, B. M., Mabie, B. C., Harvey, C. J. et Gonzalez, A. R. (1987). «Pulmonary edema in severe preeclampsia-eclampsia: Analysis of thirty-seven consecutive cases». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156(5), 1174-1179.
- Sibai, B. M., Mabie, W. C., Shamsa, F., Villar, M. A. et Anderson, G. D. (1990). «A comparison of no medication versus methyldopa or labetalol in chronic hypertension during pregnancy». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162(4), 960-966.
- Sibai, B. M., Sarinoglu, C. et Mercer, B. M. (1992). «Pregnancy outcome after eclampsia and long-term prognosis». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 166(6), 1757-1761.
- Smith, J. M., Lowe, R. F., Fullerton, J., Currie, S. M., Harris, L. et Felker-Kantor, E. (2013). «An integrative review of the side effects related to the use of magnesium sulfate for pre-eclampsia and eclampsia management». *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(34), 1-11.
- Tannenbaum, S. et Cerasoli, C. P. (2013). «Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis». *Human Factors*, 55(1), 213-245.
- Task Force on Hypertension in Pregnancy. (2013). «Hypertension in pregnancy». *Obstetrics and Gynecology*, 122(5), 1122-1131.
- Townsend, R., O'Brien, P. et Khalil, A. (2016). «Current best practice in the management of hypertensive disorders of pregnancy». *Integrated Blood Pressure Control*, 9, 79-94.
- Troiano, N. H., Witcher, P. et McMurtry Baird, S. (2019). «High-risk and critical care: Obstetrics» (4^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Verloren, S., Perschel, F. H., Thilaganathan, B., Dröge, L. A., Henrich, W., Busjahn, A. et Khalil, A. (2017). «Angiogenic markers and cardiovascular indices in the prediction of hypertensive disorders of pregnancy». *Hypertension*, 69(6), 1192-1197.
- Witcher, P. M. et Shah, S. S. (2019). «Hypertension in pregnancy». Dans N. H. Troiano, P. M. Witcher et S. McMurtry Baird (dir.). *High-risk & critical care: Obstetrics* (4^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- World Health Organization (WHO). (2011). «WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia». Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44703/9789241548335_eng.pdf?sequence=1

formation continue

Développez vos compétences à distance avec les formations OIIQ en ligne et les articles-questionnaires



NOUVEAUTÉS EN LIGNE

🕒 **Documentation infirmière : reflet de la pratique**

Pour tout savoir du programme de Formation continue OIIQ, rendez-vous sur oiiq.org/formation





Plus de 30 ans à veiller sur vous

La Capitale est fière d'assurer les membres de l'Ordre depuis plus de 30 ans. Informez-vous sur votre programme d'assurance responsabilité professionnelle.

lacapitale.com/oiiq

La Capitale 



CIUSSS DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Démarche d'harmonisation des pratiques cliniques (HPC) et d'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières et infirmiers

La Direction des soins infirmiers (DSI) du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean s'est trouvée devant la nécessité de revoir les pratiques de soins infirmiers de l'ensemble de ses établissements en veillant à les harmoniser et à les rehausser à la lumière des données probantes et des pratiques exemplaires actuelles. Elle a aussi soutenu les transformations pour assurer le développement des compétences infirmières et le plein déploiement de leur champ d'exercice. Retour sur cette démarche ambitieuse centrée sur la pertinence clinique des soins.

par **CHANTALE SIMARD, inf., Ph. D (c.), LINE MAROIS, inf., B. Sc., SYLVIE MASSÉ, inf., M. Sc., MGO, CAROLINE SAVARD, inf., B. Sc., MARIE-EVE POITRAS, inf., Ph. D., VÉRONIQUE ROBERGE, inf., Ph. D., JOHANNE DÉRY, inf., Ph. D., CLÉMENTINE DALLAIRE, inf., Ph. D., MAUD-CHRISTINE CHOUINARD, inf., Ph. D.**

Au cours des dernières années, l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux au Québec ont subi des changements majeurs afin de favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population, d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et d'accroître l'efficacité et l'efficacités.

L'adoption en 2015 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, la loi 10, obligeant les établissements de l'ensemble des régions du Québec à se fusionner, soit en un Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou en un Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), a permis, pour la première fois au Québec dans ce domaine, à une seule organisation d'être responsable de l'ensemble des établissements de soins de son territoire (Levine, 2015).

Sur le plan des soins infirmiers, cette réorganisation des services a été proposée comme une occasion d'harmoniser les pratiques cliniques, tout en assurant une meilleure fluidité des services, au profit des personnes soignées et de la population (MSSS, 2015). La fusion des établissements de santé en CISSS/CIUSSS a également demandé celle des directions et des unités de soins.

En raison de cette réorganisation d'envergure, la DSI de chacun des CISSS/CIUSSS a eu la responsabilité du développement professionnel infirmier, du design et de la mise en place des pratiques de soins, ainsi que de sa gouvernance clinique, afin de garantir la sécurité et la qualité des services en vue de promouvoir la santé et le bien-être des personnes soignées (Fortin, Ménard, Rondeau et Tremblay, 2016). Après cette fusion des établissements hospitaliers du territoire du

Cette démarche ambitieuse est centrée sur la pertinence clinique des soins. Elle s'est aussi avérée une incroyable occasion de soulever des problèmes, puis de mettre en commun les meilleures pratiques cliniques infirmières déjà en place et de revoir celles ne correspondant pas aux standards de soins actuels (pratiques exemplaires et données probantes).

Saguenay–Lac-Saint-Jean (SLSJ), la DSI du CIUSSS du SLSJ a dû revoir les pratiques de soins infirmiers pour l'ensemble de ses établissements ainsi que les harmoniser, les formaliser et les rehausser à la lumière des données probantes et des pratiques exemplaires actuelles. Il était aussi attendu qu'elle soutienne les transformations pour développer les compétences infirmières et optimiser l'étendue de la pratique des infirmières et infirmiers (ÉPI). Pour relever les défis d'un regroupement de personnes aux compétences, aux modes de fonctionnement et aux cultures diversifiés, il faut déployer une organisation des soins harmonisée utilisant les membres de la profession à leur plein potentiel.

PERTINENCE CLINIQUE

Ainsi, dès l'automne 2018, la DSI du CIUSSS du SLSJ a proposé un vaste chantier à l'ensemble de ses neuf installations (62 sites). Au cœur des discussions et préoccupations, l'atteinte des objectifs suivants est visée : (1) harmoniser les pratiques cliniques infirmières; (2) optimiser l'ÉPI; (3) améliorer le bien-être au travail des infirmières et infirmiers, pour ultimement (4) améliorer la qualité des soins et des services infirmiers offerts à la population.

Pour atteindre ces objectifs, la DSI a planifié différentes stratégies et activités : (1) la révision de la composition des équipes de soins; (2) la mesure de l'étendue effective de la pratique infirmière; (3) la priorisation des actions de la DSI afin d'améliorer la sécurité des soins; (4) l'ajustement des pratiques cliniques infirmières à la lumière des données probantes et pratiques exemplaires; (5) la précision du champ d'exercice du personnel soignant (p. ex. : préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire, infirmière et, finalement, (6) la documentation informatique des pratiques cliniques harmonisées pour toutes les installations du CIUSSS du SLSJ.

Cette démarche ambitieuse est centrée sur la pertinence clinique des soins. Elle s'est aussi avérée une incroyable occasion de soulever des problèmes, puis de mettre en commun les meilleures pratiques cliniques infirmières déjà en place et de revoir celles ne correspondant pas aux standards de soins actuels (pratiques exemplaires et données probantes). Ainsi, afin de mieux soutenir sa démarche clinique et d'en démontrer les réelles retombées, la DSI doit appuyer ses décisions sur des données probantes mettant l'accent sur les processus et les résultats observés concernant la pertinence et la continuité des soins, et mesurer sa capacité d'améliorer la performance générale des soins (Fortin et al., 2016).

Avec ce souci de pertinence clinique et en cohérence avec la mission universitaire de son centre, la DSI du CIUSSS du SLSJ a demandé à des chercheuses en sciences infirmières de l'Université du Québec à Chicoutimi, de l'Université de Sherbrooke, de l'Université Laval et de l'Université de Montréal, de la soutenir tout au long de sa démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI, ainsi que de l'aider à mettre en œuvre son évaluation. Cet article vise à présenter les réflexions, le contexte et les assises sur lesquels repose cette imposante démarche clinique, qui se veut novatrice et prometteuse.

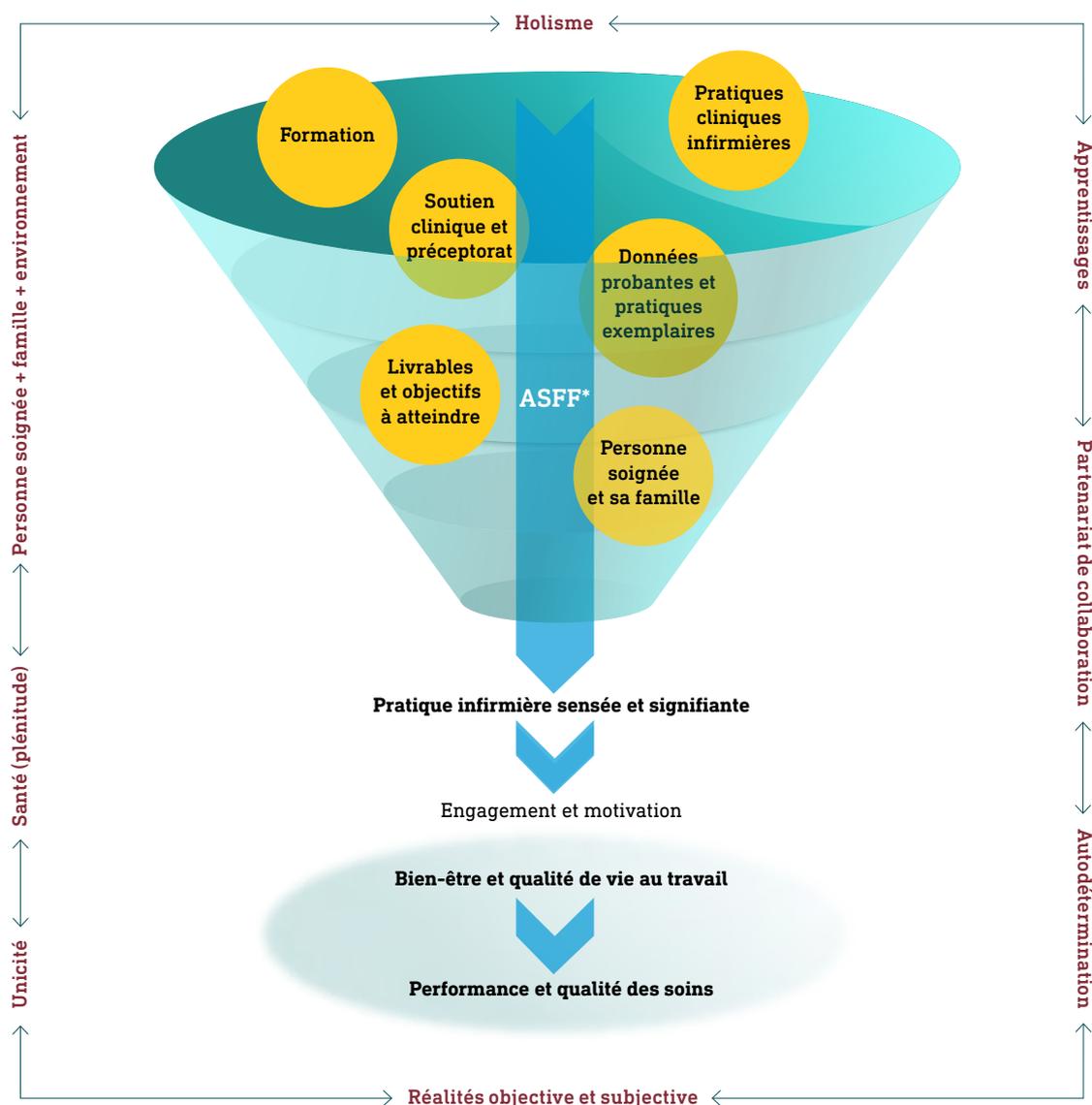
LE CONTEXTE DE SOINS ACTUEL

La manière dont une profession exprime son rôle et remplit ses obligations sociétales est déterminée, en partie, par les pressions sociales, politiques et économiques subies (Gottlieb, 2014). Or, avec les récentes approches de gestion centrées sur la performance des soins, les personnes soignées et leurs familles (PSF) sont souvent devenues de simples statistiques, les services et les professionnels de la santé ayant cessé de mettre l'accent sur les personnes pour se préoccuper davantage de l'efficacité des soins (Weiss, Malone, Merighi et Benner, 2009). Les membres de la profession sont passés d'un statut de « professionnels » à un statut de « pourvoyeurs » (trad. libre de *provider*) de soins (Latimer, 2014).

Cet accent mis sur l'efficacité est à l'origine d'une dévalorisation des « soins moins visibles et mesurables », tels que ceux liés à l'aspect relationnel, à l'évaluation et à l'enseignement à la PSF (Déry, 2013; Latimer, 2014; Skår, 2010). Notons que l'infirmière ou l'infirmier détient pourtant toutes les connaissances, les compétences, l'expérience et l'expertise pour mettre en œuvre ces soins ayant une valeur ajoutée pour la PSF et contribuant aussi à accroître la satisfaction professionnelle (Déry, 2013).

Dans un contexte de soins encore dominé par l'approche biomédicale et axé sur la performance, l'ambiguïté, et les conflits de rôles, le manque d'autonomie (Déry, D'Amour et Roy, 2017), la sous-valorisation du travail infirmier, la difficulté de collaboration interprofessionnelle (Roy, 2015) ainsi que le manque de défis professionnels (Skovholt et Trotter-Mathison, 2016) sont autant de facteurs auxquels il faut s'intéresser afin d'optimiser le déploiement de l'ÉPI et accroître le sens du travail, cette essentielle source d'engagement (Leape et al., 2009) et de motivation professionnels (Morrison, Burke et Greene, 2007).

Figure 1
DÉMARCHE D'HPC ET D'OPTIMISATION DE L'ÉPI



Légende : HPC : harmonisation des pratiques cliniques; ÉPI : étendue de pratique infirmière; ASFF* : approche de soins fondée sur les forces.

Lee (2015) a d'ailleurs effectué une analyse de concept sur le construit de « sens lié au travail infirmier » et souligne qu'il s'agit d'émotions positives éprouvées par l'infirmière et l'infirmier au travail (p. ex. : sentiments d'utilité, d'accomplissement de soi, d'épanouissement personnel), d'un travail (objectifs et buts) clairement défini, en harmonie avec les attentes de l'infirmière ou l'infirmier, et contributif à une existence signifiante. Il précise que ce sens donné au travail a comme conséquences des expériences personnelles positives et des impacts certains sur les pairs (p. ex. : autonomisation, confiance, engagement, sentiment de contrôle, satisfaction et bien-être au travail, identité professionnelle, collaboration intra et interprofessionnelle) et sur l'organisation (par ex. : productivité, performance). Enfin, considérant qu'une pratique sensée et signifiante est une condition essentielle, entre autres, à l'engagement et à la motivation professionnels, alors, comment donner du sens au travail des infirmières et infirmiers?

VERS UNE PRATIQUE INFIRMIÈRE SENSÉE ET SIGNIFIANTE

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux facteurs et conditions favorables au « sens du travail ». Parmi ces éléments figure d'abord l'adoption d'une approche de soins, d'une « culture », qui soit la plus harmonieuse possible avec les valeurs et croyances des soins infirmiers et celles des infirmières et infirmiers (Morrison et al., 2007). Viennent aussi la mise en place d'un programme de formation continue et de soutien professionnel (p. ex. : soutien clinique et préceptorat); le renforcement des partenariats entre le milieu de la recherche et celui des décideurs des milieux cliniques pour la mise en place de stratégies répondant aux besoins des membres de la profession en matière de soutien au développement de leurs compétences; la création d'occasions permettant aux infirmières et infirmiers d'utiliser leur plein potentiel (Déry, 2013), ainsi que l'instauration d'un plan de cheminement de carrière valorisant l'épanouissement professionnel

Dans un contexte de soins encore dominé par l'approche biomédicale et axé sur la performance, l'ambiguïté, les conflits de rôles, le manque d'autonomie, la sous-valorisation du travail infirmier, la difficulté de collaboration interprofessionnelle ainsi que le manque de défis professionnels sont autant de facteurs auxquels il faut s'intéresser afin d'optimiser le déploiement de l'ÉPI et accroître le sens du travail, cette essentielle source d'engagement et de motivation professionnels.

(Roy, 2015) et personnel (Skovholt et Trotter-Mathison, 2016) des infirmières et infirmiers. À ce propos, le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2019-2023 est clair : « Le sens du travail, le partage d'une vision commune ainsi que la valorisation des professions sont à prendre en compte dans la gestion du personnel et des équipes » (MSSS, 2019, p. 6).

Comme mentionné précédemment, le sens donné au travail passe aussi par le déploiement optimal de l'ÉPI, lequel requiert notamment une clarification des rôles et responsabilités de l'infirmière ou l'infirmier (Déry, 2013), ainsi que la création d'outils l'aidant à accomplir son rôle (Roy, 2015). Quant à l'organisation du travail, elle nécessite une planification rigoureuse des effectifs (p. ex. : plans d'effectifs permettant l'utilisation maximale des compétences infirmières) (Roy, 2015), une gestion davantage participative (Déry, 2013) et la possibilité que les soins « moins visibles et mesurables » soient pris en compte tels que l'évaluation des PSF, ainsi que l'enseignement et la relation d'aide (Skår, 2010). Toutes ces stratégies doivent ultimement être harmonisées avec une dernière condition indispensable à une pratique infirmière sensée soit celle de placer les PSF au cœur des soins (Latimer, 2014).

En somme, en tenant compte du contexte actuel des soins et des principes à la base d'une pratique infirmière sensée et signifiante, la DSI du CIUSSS du SLSJ a choisi de se doter d'une approche de soins commune dans toutes ses installations, soit l'approche de soins fondée sur les forces (ASFF) de Gottlieb, centrée sur celles des personnes soignées et leur famille et de l'équipe de soins. Cette approche a servi de guide et de référence tout au long du processus d'élaboration et d'implantation de la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI que la DSI a entreprise.

L'APPROCHE DE SOINS FONDÉE SUR LES FORCES DE LA PSF

Issue de quatre grandes approches contemporaines des soins, soit celles centrées sur : (1) les PSF; (2) la prévention et la promotion de la santé; (3) l'autodétermination (ou pouvoir d'agir); et (4) le partenariat de collaboration entre les PSF et l'infirmière ou l'infirmier, contrairement à l'approche biomédicale habituelle, l'ASFF de Gottlieb mise sur les forces (p. ex. : compétences, habiletés, ressources biopsychosociales et spirituelles) des PSF pour favoriser leur santé (ou plénitude : sentiment éprouvé par les PSF lorsqu'elles sont en harmonie; niveau de bien-être favorisant leur fonctionnement optimal).

Quant aux huit valeurs qui la soutiennent, elle reconnaît que : (1) la santé coexiste avec la maladie; (2) chaque expérience de soins vécue par les PSF est unique, étant donné l'existence de multiples façons de la vivre; (3) les PSF sont davantage que la somme de leurs parties (holisme) et les perturbations subies par l'une sont nuisibles au bon fonctionnement de l'ensemble et des autres (approche systémique); (4) il y a certes une réalité objective (observable)

et subjective (non observable) propre à chaque expérience de soins vécue et, pour y évoluer (p. ex. : agir, apprendre), les PSF doivent arriver à leur donner un sens; (5) les PSF ont la capacité d'agir en conformité avec leurs propres valeurs, croyances, besoins et pensées (autodétermination); (6) les PSF doivent être considérées et évaluées en tenant compte de leur propre contexte (interactions constantes avec leurs environnements : internes, externes, sociaux et culturels); (7) la santé des PSF dépend de leurs apprentissages et de l'utilisation de ces derniers pour s'adapter, croître et se développer et (8) les expertises et compétences, à la fois des PSF et de l'infirmière ou de l'infirmier, sont indispensables pour favoriser le rétablissement des PSF (partenariat de collaboration : partage de pouvoir).

En somme, lors des expériences de soins, l'ASFF reconnaît leur unicité et mise sur les forces en place et possibles leur redonnant ainsi du pouvoir sur leur situation, les autorisant à faire preuve d'autodétermination et à donner un sens à leur situation.

Voilà donc d'importantes valeurs professionnelles qui, depuis 2017, servent d'assises au développement et à l'implantation de la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI au CIUSSS du SLSJ, ainsi qu'à la vision des soins adoptée par la DSI, la positionnant comme leader de la qualité et de la sécurité des soins axés sur les meilleures pratiques et les données probantes en partenariat avec la PSF et en interdisciplinarité. Ces valeurs teintent non seulement les soins dispensés directement aux PSF (pratique infirmière), mais aussi l'approche utilisée en gestion pour soutenir le développement professionnel et personnel des soignants (Gottlieb et Gottlieb, 2017; Gottlieb, Gottlieb et Shamian, 2012). Gottlieb et al. (2012) soulignent que l'intégration de l'ASFF à la gestion des organisations favorise l'autonomisation des infirmières et infirmiers.

UNE DÉMARCHE PLEINE DE SENS

De façon opérationnelle, la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI du CIUSSS du SLSJ est un vaste chantier, qui comprend l'adoption d'une culture commune (approche et vision des soins), mais aussi une harmonisation de l'ensemble des activités propres à la pratique des infirmières et infirmiers (**Figure 1**). Au cœur de cette démarche, la DSI a priorisé 11 domaines d'activités, aussi appelés « livrables » : (1) champs d'exercice; (2) plate-forme technologique; (3) approche de soins; (4) mesures de contrôle; (5) administration sécuritaire de la médication; (6) soins de plaies; (7) gestion de la douleur/surveillance de l'administration des opiacés; (8) préceptorat/intégration; (9) prévention des chutes; (10) approche adaptée à la personne âgée, et (11) documentation clinique.

Une équipe composée de conseillères cadres et de conseillères en soins infirmiers est responsable de ces livrables. Elle doit s'assurer que l'atteinte des objectifs prévus pour chacun d'eux s'effectue à partir des meilleures stratégies possibles, soit celles issues des pratiques exemplaires disponibles

et des dernières données probantes. Afin de mobiliser les forces en place, l'attribution des livrables aux équipes responsables s'est effectuée dans le respect des expertises et des intérêts des conseillères.

Préalablement à l'implantation de la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI dans une installation, les infirmières et infirmiers reçoivent une formation et du soutien clinique au regard de l'exercice de leur champ de pratique, notamment sur l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la PSF. Le soutien clinique consiste en « un ensemble de mesures d'accompagnement mises en place par les établissements et visant le développement des compétences et le perfectionnement du personnel des équipes de soins » (MSSS, 2008, p. 4).

Toujours selon son Programme (MSSS, 2008), le soutien clinique consiste en un accompagnement individuel ou de groupe par une personne-ressource afin de répondre, entre autres, aux besoins liés à l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. L'implantation de la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI débute ensuite par une formation du personnel soignant (préposé, infirmière auxiliaire, infirmière, assistante-infirmière-chef et infirmière clinicienne) au regard de la précision de leur champ d'exercice respectif. Ces formations de groupe permettent le partage de préoccupations, de besoins et de solutions pour faciliter le respect et la pleine exploitation des compétences de tous.

Cet important soutien clinique se poursuit ensuite lors de l'implantation des nouvelles pratiques cliniques infirmières dans toutes les unités de soins, sous forme d'accompagnement pour soutenir les infirmières et infirmiers dans leur application. Cet accompagnement est initialement effectué pour tous les quarts de travail par les conseillères cadres et les conseillères en soins infirmiers et se poursuit par les assistantes-infirmières-chefs de chaque unité.

LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AU CENTRE DE LA DÉMARCHE

Tout au long des formations et du soutien clinique, les infirmières et infirmiers se trouvent au cœur de la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI; l'unicité de leur contexte de soins et leurs expertises sont considérées, et leurs meilleures pratiques sont partagées et soutenues positivement (autonomisation). Il y a donc un partenariat de collaboration entre l'équipe de la DSI liée au développement et le personnel infirmier participant à l'implantation. Pour ce faire, l'ensemble des conseillères cadres et des conseillères en soins infirmiers ont reçu une formation sur l'ASFF, afin que le déploiement de la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI s'effectue à partir des forces des membres des équipes de soins déjà en place. Ainsi, lors des formations et des activités de soutien clinique, les conseillères cadres et les conseillères en soins infirmiers soulignent les forces des infirmières

Joignez-vous à une équipe de soins virtuels dynamique.

Akira par TELUS Santé offre des consultations médicales virtuelles à travers le Canada et la demande ne cesse d'augmenter.

Le travail de la maison et les horaires à temps partiel vous intéressent ?

Nous sommes actuellement à la recherche d'infirmières et infirmiers pour nous aider à offrir des soins de santé de qualité aux Canadiens.

AKIRA par  TELUSSM Santé

Pour postuler :
telussante.co/akira/carrieres

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 applications 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 requièrent, elle devra obtenir, à la demande et aux frais de l'entreprise de télésoins, un permis d'exercice dans ces autres provinces ou territoires.

et des infirmiers afin, entre autres, de leur donner le pouvoir d'agir malgré l'important contexte de changement imposé par la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI. L'ASFF aide donc à préciser le champ de pratique de l'infirmière ou l'infirmier en soulignant ses forces et à placer les PSF dans les meilleures conditions (maximum de forces : ressources, compétences, habiletés) pour favoriser leur rétablissement et leur santé. L'ASFF guide ainsi la pratique infirmière et permet également aux gestionnaires de soutenir l'autonomisation et l'autodétermination des membres de la profession. D'abord, non seulement sa contribution unique et essentielle aux soins est reconnue, mais aussi sa réalité et son contexte de travail, ainsi que la prise en compte de leur influence mutuelle.

Ainsi, l'infirmière ou l'infirmier se trouve dans les meilleures conditions pour exploiter pleinement son potentiel professionnel et personnel, partager ses préoccupations et intégrer de nouvelles connaissances (Gottlieb et al., 2012). Pour Gottlieb et Gottlieb (2017) : « c'est seulement lorsque les parties prenantes unissent leurs forces, agissent en synergie, se mobilisent et capitalisent sur leurs forces respectives, qu'un réel changement est possible et qu'il se reflète sur les infirmières et infirmiers habités par l'essence du soin et sur les PSF avec une vie plus saine, plus productive et plus significative » (trad. libre. p. 17).

EN CONCLUSION

En fusionnant les établissements de santé, la DSI du CIUSSS du SLSJ a saisi l'occasion de changement vers une meilleure performance clinique et une amélioration de la qualité des soins. La vaste et ambitieuse Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI, misant sur la mobilisation optimale des forces en place et le développement de celles nécessaires, s'appuie sur des valeurs facilitant en particulier l'autonomisation, l'autodétermination et le partenariat de collaboration entre les acteurs.

Cette démarche se veut systémique (chaque acteur est jugé essentiel au bon fonctionnement de l'ensemble) et tient compte du contexte d'évolution de la personne soignée, de sa famille, des infirmières et infirmiers, ainsi que de leurs préoccupations. Ces conditions soutiennent une pratique professionnelle sensée et signifiante et, donc, l'engagement et la motivation dans le travail; des facteurs contributifs au bien-être, à la qualité de vie au travail, mais aussi à la qualité des soins. Mais la Démarche d'HPC et d'optimisation de l'ÉPI du CIUSSS du SLSJ donnera-t-elle les résultats escomptés ? Une équipe de recherche interuniversitaire (UQAC, Université de Sherbrooke, Université Laval et Université de Montréal) en fera une évaluation scientifique en collaboration avec les acteurs du CIUSSS du SLSJ, dans le cadre d'un vaste projet de recherche débuté depuis l'automne 2019. Une histoire à suivre. ●

REMERCIEMENTS

Les auteures tiennent à remercier et souligner la contribution de Kim Larocque inf., M. Sc., conseillère cadre clinique, Famille – Enfance – Jeunesse, et Manon Fouquet inf., M. Sc. (c.), conseillère cadre clinique, soins critiques.





**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

LES AUTEURES

CHANTALE SIMARD
Inf., Ph. D. (c.)

Professeure au Département des sciences de la santé/Module des sciences infirmières de l'Université du Québec à Chicoutimi.

LINE MAROIS
Inf., B. Sc.

Directrice adjointe à la DSI, volet qualité des pratiques professionnelles, au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

SYLVIE MASSÉ
Inf., M. Sc., MGO.

Directrice des soins infirmiers au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

CAROLINE SAVARD
Inf., B. Sc.

Adjointe à la directrice des soins infirmiers et chargée du projet Harmonisation des pratiques DSI au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

MARIE-EVE POITRAS
Inf., Ph. D.

Professeure au Département de médecine de famille et médecine d'urgence/Écoles des sciences infirmières, Université de Sherbrooke (Campus Saguenay).

VÉRONIQUE ROBERGE
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences de la santé/Module des sciences infirmières de l'Université du Québec à Chicoutimi.

JOHANNE DÉRY
Inf., Ph. D.

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

CLÉMENCE DALLAIRE
Inf., Ph. D.

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

MAUD-CHRISTINE CHOUINARD
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences de la santé/Module des sciences infirmières de l'Université du Québec à Chicoutimi.

RÉFÉRENCES

Déry, J. (2013). «L'étendue effective de la pratique d'infirmières en pédiatrie: ses déterminants et son influence sur la satisfaction professionnelle». Montréal: Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières.

Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). «L'étendue optimale de la pratique infirmière». *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.

Fortin, A. H., Ménard, G., Rondeau, A. et Tremblay, L. (2016). «La transformation du réseau de la santé et des services sociaux: vers une gouvernance renouvelée pour la pratique infirmière». *Le Point en santé et services sociaux*, 11(4), 24-26.

Gottlieb, L. N. (2014). «Les soins infirmiers fondés sur les forces – La santé et la guérison de la personne et de la famille». Saint-Laurent, Qc: Éditions du Renouveau Pédagogique inc.

Gottlieb, L. N. et Gottlieb, B. (2017). «Strengths-based nursing: A process for implementing a philosophy into practice». *Journal of Family Nursing*, 23(3), 319-340.

Gottlieb, L. N., Gottlieb, B. et Shamian, J. (2012). «Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: A new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century». *Nursing Leadership*, 25(2), 38-50.

Latimer, J. (2014). «Guest editorial: Nursing, the politics of organisation and meanings of care». *Journal of Research in Nursing*, 19(7/8), 537-545. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1744987114562151>

Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., ... Isaac, T. (2009). «Transforming healthcare: A safety imperative». *Quality & Safety in Health Care*, 18(6), 424-428. Repéré à <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.036954>

Lee, S. (2015). «A concept analysis of 'Meaning in work' and its implications for nursing». *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2258-2267. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.12695>

Levine, D. (2015). «La loi 10 et le nouveau visage du système de santé québécois». *Le Point en santé et services sociaux*, 11(1), 11-14.

«Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales», RLRQ, c. O-7.2

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). «Programme national de soutien clinique – Volet préceptorat – Cadre de référence». Québec: MSSS – Direction des communications.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). «Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec – 2015-2020». Québec: MSSS.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). «Plan stratégique 2019-2023». Québec: MSSS – Direction des communications.

Morrison, E. E., Burke 3^e, G. C. et Greene, L. (2007). «Meaning in motivation: Does your organization need an inner life?». *Journal of Health and Human Services Administration*, 30(1), 98-115.

Projet de loi no 10, «Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales», 42^e lég. (Qc), 1^{er} sess., 2014.

Roy, C. (2015). «Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique». Montréal: Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières.

Skär, R. (2010). «The meaning of autonomy in nursing practice». *Journal of Clinical Nursing*, 19(15/16), 2226-2234. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x>

Skovholt, T. M. et Trotter-Mathison, M. (2016). «The resilient practitioner: Burnout and compassion, fatigue prevention, and self-care strategies for the helping professions» (3^e éd.). New York: Routledge.

Weiss, S. M., Malone, R. E., Merighi, J. R. et Benner, P. (2009). «Economism, efficiency, and the moral ecology of good nursing practice». *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(1), 340-364.



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

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

Réalisez votre plein potentiel infirmier dans le Grand Nord !

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

Témoignages

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

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

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

Nous recherchons des infirmier(ère)s

Temps plein disponible

Unité de soins, plein exercice du champ de compétence infirmier, liaison

MAD, santé publique, ITSS, TB



AVANTAGES

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



EXIGENCES

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



CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK

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

www.inuulitsivik.ca

À PROPOS DES infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

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

Avec plus de 28 000 cas de chlamydia, 7 500 d'infections gonococciques et quelque 1 000 de syphilis déclarés en 2018, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) constituent l'un des problèmes prioritaires de santé publique (INSPQ, 2019). Même si certains groupes sont reconnus comme étant plus vulnérables – les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (itinérance), les HARSAH¹, les personnes consommant des drogues, les personnes incarcérées, les autochtones et les travailleurs et travailleuses du sexe – toute la population sexuellement active demeure à risque.

Réponses de la page 16

1. HARSAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

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

Belleau, J. (2020). «Femmes symptomatiques actives sexuellement. Faire un examen gynécologique de manière sécuritaire». *Perspective infirmière*, 17(3), 9-10.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). «Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec. Année 2018 et projections 2019». Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2612_infections_transmissibles_sexuellement_sang.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017a). «Chlamydia». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss/chlamydia/#c1339>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017b). «Gonorrhée». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/itss/gonorrhée/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019a). «Guide québécois de dépistage des ITSS». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/guide-quebecois-de-depistage-des-itss>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019b). «Maladies à déclaration obligatoire (MADO) et signalements en santé publique». Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-a-declaration-obligatoire/mado/demarche-pour-les-medecins/#etape-1>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020). «Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)». Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/itss/infections-transmissibles-sexuellement-et-par-le-sang-itss/?accueil>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). (2020). «Examen gynécologique effectué par une infirmière – Rapport du groupe de travail».

«Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier», c. M-9, r. 12.001.

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. En 2018, les nouveaux cas de syphilis infectieuse touchent plus les femmes que les hommes.

Réponse : Faux

Au Québec, la syphilis infectieuse, presque disparue dans les années 1990, est revenue en force dans les années 2000, surtout à Montréal. En 2018, parmi les personnes déclarées positives, 841 étaient des hommes contre 91 femmes et 50 % des nouveaux cas touchaient des hommes âgés de plus de 40 ans. Sur les syphilis répertoriées en 2018, 25 % étaient au stade primaire, 28 % au stade secondaire et 47 % au stade de syphilis latente précoce (INSPQ, 2019).

02. Une seule relation sexuelle sans pénétration vaginale suffit à s'exposer à une ITSS.

Réponse : Vrai

Plusieurs ITSS étant asymptomatiques, les personnes sexuellement actives peuvent être infectées à leur insu dès le premier rapport. Les plus jeunes croient qu'une relation sans pénétration vaginale n'aura aucune conséquence. Or, il convient de rappeler que les pratiques orales ou anales et l'échange de jouets sexuels non protégés contribuent à s'exposer à une ITSS. Un seul contact non protégé suffit, même en l'absence d'éjaculation (MSSS, 2017a; MSSS, 2019a). Les muqueuses génitales peuvent contenir des bactéries de la chlamydia, de la syphilis ou de la gonorrhée, des champignons causant la balanite ou une mycose, ainsi que des virus du VIH ou de l'hépatite B ou D.

03. Le test de dépistage d'une ITSS doit être fait dans les plus brefs délais après une relation sexuelle non protégée.

Réponse : Faux

Quelle que soit l'ITSS, il est inutile de se faire dépister immédiatement après une relation sexuelle non protégée. Pour la chlamydia et la gonorrhée, un délai d'au moins 48 heures est requis avant d'effectuer le prélèvement. La période optimale pour obtenir un échantillon ou une sérologie varie dans la détection d'une bactérie ou d'un virus (MSSS, 2019a). Selon la fréquence et la nature des pratiques sexuelles des personnes qui la consultent, l'infirmière ou l'infirmier peut procéder à des dépistages annuels ou plus souvent, si nécessaire (**Tableau 1**).

Tableau 1
PÉRIODE OPTIMALE DE DÉPISTAGE SELON L'ITSS

INFECTIONS	DÉPISTAGE	
	Période minimale	Période maximale
Chlamydia	48 heures	14 jours
Gonorrhée	48 heures	7 jours
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)	10 à 14 jours	6 semaines
Hépatite B	4 à 8 semaines	
Hépatite C	8 ou 9 semaines	
Herpès	24 à 48 heures pour un échantillon de sécrétions 8 à 12 semaines pour une sérologie	
Syphilis	6 semaines	
VIH	8 à 12 semaines	
VPH (condylomes)	1 à 8 mois	

Source : MSSS, 2019a

04. Toutes les ITSS sont des maladies à traitement obligatoire (MATO).

Réponse : Faux

Si la plupart des ITSS sont des maladies à déclaration obligatoire (MADO), aucune ne fait partie des maladies à traitement obligatoire (MATO) (MSSS, 2019b). En pratique clinique, il convient de traiter la plupart des ITSS pour éviter les inconforts, le risque de transmission aux partenaires sexuels, les rechutes et, pour certaines, les complications gravissimes comme les stades latents de la syphilis et l'infertilité (MSSS, 2019a). La prise en charge doit s'appuyer sur un corridor de services efficace. Rappelons ici que la seule MATO est la tuberculose (MSSS, 2020).

05. Une infirmière ou un infirmier peut prescrire un traitement pour une infection gonococcique ou à Chlamydia trachomatis chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel.

Réponse : Vrai

L'infirmière qui a le droit de prescrire dans le domaine de la santé publique (contraception/ITSS) peut prescrire le traitement accéléré des partenaires (TAP), c'est-à-dire un traitement épidémiologique accompagné de documentation écrite remis à une personne atteinte, afin qu'elle les transmette à son ou ses partenaires. Ceux-ci pourront alors être traités sans être évalués par un médecin ou une infirmière. Comme le TAP ne permet pas au partenaire de recevoir les meilleurs soins préventifs, cette option requiert une analyse judicieuse des avantages et des inconvénients selon le type d'infection en cause, la nature du traitement recommandé et les caractéristiques connues du partenaire (ex. : femme enceinte). **Il doit donc demeurer une mesure d'exception.**

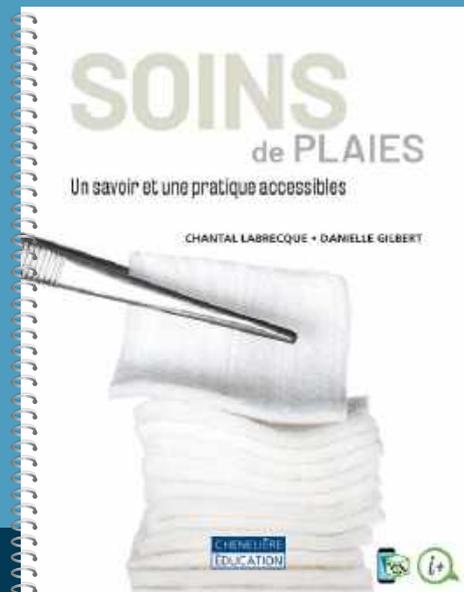
06. En cas de suspicion d'une ITSS, une infirmière ou un infirmier peut procéder à un examen gynécologique, uniquement en ayant suivi une formation.

Réponse : Vrai

En cas de suspicion d'une ITSS, le personnel infirmier peut procéder à un examen gynécologique. Un groupe de travail auquel a participé l'OIIQ a produit des recommandations permettant à l'infirmière d'effectuer un examen gynécologique de manière sécuritaire, compte tenu du risque de préjudice associé à cette activité (Belleau, 2020; OIIQ/CMQ, 2020) :

- Posséder au préalable les connaissances sur l'anatomie de l'appareil génital féminin
- Pouvoir expliquer l'examen à la cliente
- Identifier adéquatement ce qu'elle observe
- Être en mesure de distinguer l'anormalité de la normalité ainsi que les diversités morphologiques
- Reconnaître et interpréter les signes et symptômes d'une problématique de santé gynécologique
- Manipuler de manière conforme les instruments et le matériel utilisé pour les prélèvements
- Lorsque requis, intervenir ou diriger vers une IPS ou un médecin, le cas échéant

Enfin un livre québécois et à jour !



Pour l'ensemble des infirmières et infirmiers de tous les milieux cliniques

- ▶ Rigoureux, pratique et concret
- ▶ Très illustré
- ▶ Adapté aux normes et aux réglementations du système de santé québécois

SOINS de PLAIES

Un savoir et une pratique accessibles
Chantal Labrecque et Danielle Gilbert
ISBN 978-7650-5925-7 • 264 pages

Pour commander :
cheneliere.ca/soinsdeplaies

Pour information :
etudessuperieures@tc.tc

CHENELIÈRE
ÉDUCATION

La compétence professionnelle : une obligation déontologique

La compétence professionnelle est l'une des valeurs ayant servi d'assise à la rédaction du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Constituant l'un des éléments essentiels à la qualité des soins et des services, elle consiste en la capacité d'agir avec pertinence dans une situation complexe de soins en mobilisant ses connaissances et ses habiletés cliniques, tout en exerçant son jugement pour prodiguer des soins de manière sécuritaire et éthique (OIIQ, 2019). Elle fait aussi appel à son aptitude à reconnaître et à respecter ses limites dans l'exercice de sa profession.

par JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., directrice adjointe – Déontologie et syndique adjointe, et SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique

Une section du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* traite justement des obligations liées à la compétence (articles 17, 18 et 19). Ainsi, le Code précise que l'infirmière ou l'infirmier doit « agir avec compétence ». Cependant, il importe ici de bien distinguer « agir avec compétence » et « être compétent ». Pour être compétent, l'infirmière ou l'infirmier doit détenir les connaissances et habiletés requises pour exercer sa profession de façon sécuritaire, alors que pour agir avec compétence, elle doit les utiliser.

Par conséquent, une infirmière ou un infirmier peut détenir la compétence pour exercer adéquatement sa profession dans une situation donnée sans toutefois agir de manière compétente. En inspection professionnelle, les inspecteurs évaluent l'exercice de l'infirmière afin de confirmer qu'elle détient les connaissances et habiletés pour « être compétent » dans son domaine de pratique. En déontologie, l'attente est que l'infirmière exerce au quotidien la profession selon les normes de pratique et les principes scientifiques reconnus, elle doit notamment mettre à jour et développer ses compétences tout en tenant compte des limites de ses habiletés et connaissances. L'infirmière et l'infirmier se doivent d'être compétents, prudents et diligents dans l'exercice de leurs activités professionnelles.

Ainsi, l'infirmière ou l'infirmier ne doit pas exercer une activité en l'absence des compétences requises ou lorsqu'elle constate ses limites dans une situation donnée. Dans de telles circonstances, en respect de l'article 19 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'infirmière ou l'infirmier doit alors consulter une autre

infirmière, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne compétente, recourir à leur assistance ou à leur supervision, ou encore diriger le client vers l'une de ces personnes.

Prenons l'exemple d'une demande de réaffectation d'une infirmière. Tout d'abord, elle doit connaître avec précision les attentes envers elle dans le nouvel environnement de travail. Ensuite, il est de sa responsabilité professionnelle de s'assurer de posséder les habiletés et connaissances requises en tout temps. Si elle prend conscience de l'atteinte de ses limites, elle doit aviser son gestionnaire. Ensemble, ils évalueront ses besoins de formation, d'aide, d'assistance ou de supervision en vue d'acquérir de nouvelles connaissances ou encore afin de pouvoir contribuer selon ses compétences actuelles.

COMPÉTENCE ET FORMATION CONTINUE

D'un point de vue déontologique, le maintien de la compétence professionnelle est un processus continu et relève de la responsabilité individuelle de l'infirmière ou de l'infirmier. Les activités de formation continue auxquelles ils participent doivent être pertinentes et concerner leur pratique professionnelle. Pour satisfaire à cette obligation, ils peuvent participer à des activités de formation continue comme les suivantes (OIIQ, 2011) :

- formation offerte par un établissement d'enseignement collégial ou universitaire (post-formation initiale);
- activités de formation continue instaurées par l'OIIQ;



D'un point de vue déontologique, le maintien de la compétence professionnelle est un processus continu et relève de la responsabilité individuelle de l'infirmière ou de l'infirmier.

- échanger avec d'autres infirmières ou infirmiers, ou professionnels de la santé sur diverses situations cliniques et appliquer une pratique réflexive afin de faire le point sur l'état de ses connaissances et en acquérir de nouvelles, ou développer de nouvelles compétences (OIIQ, 2012);
- activités de formation continue organisées par un employeur, notamment dans un contexte où il veut offrir un service particulier et nécessaire, par exemple lors de l'implantation d'une nouvelle technologie;
- formation offerte par un regroupement, une association professionnelle ou encore un expert reconnu dans un domaine spécialisé;
- participation à des conférences, colloques, forums, congrès, ateliers, séminaires ou comités scientifiques dans un milieu clinique;
- lecture d'articles professionnels et scientifiques, discussions portant sur des histoires de cas et club de lecture;
- préparation d'une présentation dans le cadre d'une conférence;
- rédaction (et publication) d'articles ou d'ouvrages pertinents aux soins infirmiers.

EN CONCLUSION

Enfin, il importe de respecter la norme professionnelle de formation continue et de choisir des activités en fonction de ses objectifs d'apprentissage. Par exemple, une participation à une conférence permet d'acquérir de nouvelles connaissances, mais la maîtrise d'une technique de soins requerra un volet pratique. Dans un milieu professionnel où l'évolution scientifique et technologique est constante et où la réorganisation des services de santé et la mobilité sont omniprésentes, le développement et le maintien des compétences sont essentiels pour agir avec compétence en tout temps. ●

Cette chronique préparée en collaboration avec la Direction, Surveillance et inspection professionnelle, est une version remaniée et mise à jour de la chronique : La compétence professionnelle : une obligation déontologique publiée par Sylvie Truchon, le 1^{er} avril 2005.

RÉFÉRENCES

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.

Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ). (2011). «La formation continue pour la profession infirmière au Québec - Norme professionnelle». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ). (2012). «Amélioration continue de sa compétence professionnelle en quatre étapes». Repéré à <https://www.oiiq.org/amelioration-continue-de-sa-competeence-professionnelle-en-quatre-etapes?inheritRedirect=true>

Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ). (2019). «Qu'est-ce que l'inspection professionnelle?». Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/inspection-professionnelle/definition?inheritRedirect=true>

PRÊTES. POUR VOUS. POUR VOS PATIENTS.

FABRIQUÉES AU QUÉBEC, LES SERINGUES D'HÉPARINE SODIQUE INJECTABLE USP 5000 UNITÉS/0,5 ML POUR ANTICOAGULATION* SONT PRÊTES POUR INJECTION SOUS-CUTANÉE.

Une fois retirée de l'emballage, aucun assemblage n'est requis.

*Veuillez vous référer à la monographie du produit pour des renseignements détaillés.
Questions ou préoccupations? / Pour rapporter des événements indésirables /
Communiquez avec nous **Medinfo** : 1 844 329-2939 | medinfo@sterinova.com

 **STERINOVA**

sterinova.com

L'ordonnance : la prescrire ou l'appliquer?

Dans leur pratique, les membres de la profession infirmière sont appelés à appliquer des ordonnances et certains, habilités à les prescrire. Dans l'article suivant, la Direction Développement et soutien professionnel fournit des précisions afin d'aider les infirmières et infirmiers à mieux comprendre la prescription et l'application d'une ordonnance, qu'elle soit individuelle ou collective.

par JULIE GÉLINAS, inf., B. Sc. inf., M. Éd., et MAGALI MORIN, inf., M. Sc. inf., conseillères à la qualité de la pratique

ORDONNANCE INDIVIDUELLE

L'ordonnance individuelle est une « prescription donnée à un professionnel par un médecin, par un dentiste ou par un autre professionnel habilité par la loi, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à dispenser à une personne [...] les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles » (*Code des professions*, art. 39.3). Elle comprend également l'ordonnance préimprimée remplie et signée par la personne qui l'a prescrite.

L'ordonnance individuelle vise une seule personne ayant au préalable fait l'objet d'une évaluation de la part du médecin ou d'un professionnel habilité à prescrire. Elle peut être écrite ou exceptionnellement verbale.

L'infirmière ou l'infirmier qui prescrit

Le droit de prescrire est une activité autorisée par un règlement, qui permet à des infirmières et infirmiers de prescrire dans certains domaines, sous certaines conditions. L'infirmière ou l'infirmier qui prescrit émet une ordonnance individuelle en conformité avec le « Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin ».

En vertu de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, les IPS peuvent prescrire des examens diagnostiques, utiliser des techniques diagnostiques invasives, prescrire des médicaments et d'autres substances, prescrire des traitements médicaux et utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs, mais aussi émettre des ordonnances individuelles.

L'infirmière ou l'infirmier qui applique une ordonnance individuelle

Certaines activités réservées de la profession infirmière nécessitent l'obtention d'une ordonnance. Ainsi, ses membres appliquent les éléments inclus dans l'ordonnance individuelle.

Bien que, avant de rédiger cette dernière, le prescripteur ait procédé à une évaluation de la condition de santé de la personne, l'infirmière ou l'infirmier est responsable d'évaluer la condition du client au moment de l'application de l'ordonnance.

Après son évaluation, si l'infirmière ou l'infirmier juge l'ordonnance inappropriée ou ne répondant plus à la condition clinique du client, il est de sa responsabilité de communiquer avec le prescripteur. Dans un objectif de collaboration interprofessionnelle, l'infirmière ou l'infirmier doit discuter de la situation avec lui et transmettre les constats de son évaluation. Le prescripteur déterminera alors s'il y a lieu de modifier ou non l'ordonnance initiale.

ORDONNANCE COLLECTIVE

L'ordonnance collective est « une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à un professionnel ou à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins » à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, « les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles » (« Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin », art. 2).

L'ordonnance collective vise habituellement un groupe de personnes ou une ou plusieurs situations cliniques. Elle permet à une infirmière ou un infirmier d'exercer certaines activités réservées à partir de son évaluation, sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin ni une évaluation médicale préalable. L'ordonnance collective est toujours délivrée par écrit.

L'infirmière ou l'infirmier qui applique une ordonnance collective

À la suite de son évaluation, l'infirmière ou l'infirmier peut décider d'instaurer une ordonnance collective. Celle-ci peut inclure des éléments susceptibles d'être réalisés par d'autres professionnels.

Tableau 1

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES DISTINCTIONS ENTRE L'ORDONNANCE INDIVIDUELLE ET L'ORDONNANCE COLLECTIVE

	ORDONNANCE INDIVIDUELLE	ORDONNANCE COLLECTIVE
Qui peut l'émettre	Médecin, dentiste ou autre professionnel habilité, incluant les infirmières et infirmiers avec le droit de prescrire et les IPS.	Médecin ou groupe de médecins.
Caractéristiques	Vise une personne. Nécessite une évaluation préalable du prescripteur. Est écrite ou verbale	Vise un groupe de personnes ou une ou plusieurs situations cliniques. Ne demande aucune évaluation médicale préalable. Nécessite une évaluation par l'infirmière ou l'infirmier. Est toujours écrite.

Dans ce cas, l'infirmière ou l'infirmier ne prescrit pas l'intervention, mais demande plutôt au professionnel d'appliquer le contenu de l'ordonnance qu'il est habilité à mettre en œuvre. La personne signataire de l'ordonnance collective constitue le prescripteur. L'infirmière ou l'infirmier à l'origine d'une ordonnance collective est responsable de s'assurer que les conditions émises correspondent à la condition clinique présentée par le client.

EN CONCLUSION

Selon le contexte de soins et la condition clinique du client, l'infirmière et l'infirmier doivent choisir de prescrire ou d'appliquer une ordonnance. À titre d'aide-mémoire, le **Tableau 1** rappelle les distinctions entre les deux types d'ordonnances. ●



Sources

«Code des professions», RLRQ, c. C-26.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2016). «Les ordonnances individuelles faites par un médecin – Guide d'exercice». Montréal : CMQ. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2017). «Les ordonnances collectives – Guide d'exercice». Montréal : CMQ. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf?t=1594666118553>

«Loi sur les infirmières et les infirmiers», RLRQ, c. I-8.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). (2012). «Rôle de l'infirmière auxiliaire en lien avec les ordonnances collectives» [Document approuvé lors du Comité conjoint OIIQ/OIIAQ].

«Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier», RLRQ, c. M-9, r. 12.01.

«Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin», RLRQ, c. M-9, r. 25.1.

TOUJOURS PRÊT À SOIGNER.

AU PERSONNEL INFIRMIER QUI,
CHAQUE JOUR, EST PRÊT
À SAUVER DES VIES, MERCI!

 **STERINOVA**

sterinova.com

Sept étapes pour obtenir l'indépendance financière

Certaines personnes n'ont pas à travailler à temps plein pour assumer leurs besoins de base. Leurs actifs génèrent des revenus qui sont supérieurs à leurs dépenses. C'est ce qu'on appelle l'indépendance financière. Et cette situation, qui donne envie, n'est pas une question de salaire. Découvrez comment vous pourriez y parvenir.

1. Définir ses buts et ses objectifs

Des objectifs mesurables et réalistes vous aideront à résister à la tentation d'acheter le dernier gadget technologique ou de tomber dans le piège de la surconsommation.

2. Faire un budget

Tenir un budget à jour vous aidera à prendre conscience de vos dépenses, tout en simplifiant la gestion de votre argent. Qu'il s'agisse d'un fichier Excel ou d'un document plus complexe, compiler les entrées et les sorties d'argent dans un tableau vous évite de dépenser plus que vous ne gagnez.

3. Gérer ses dettes

Qu'il s'agisse d'un prêt étudiant, d'un solde de carte de crédit ou d'une hypothèque, il est essentiel de liquider en priorité vos dettes dont le taux d'intérêt est élevé. Bien entendu, cela peut signifier avoir à faire quelques concessions pour mettre l'argent au bon endroit.

4. Mettre de l'argent de côté

Le plus simple est d'opter pour l'épargne systématique. Par exemple, programmer un virement automatique vers un compte épargne au lendemain du dépôt de votre paie. Sans même y penser, vous amasserez au bout de quelques mois un montant à investir judicieusement.

5. Créer un fonds en cas d'urgence

Difficile de prévoir les imprévus. Mais en ayant mis de côté un montant dans un fonds d'urgence, vous éviterez de vous endetter à nouveau. Votre fonds d'urgence devrait correspondre à trois mois de salaire normal. Avec un budget, vous pourrez amasser plus facilement le montant nécessaire.

6. Suivre son plan

L'indépendance financière n'est pas un rêve. C'est un objectif réalisable qui demande beaucoup de détermination, de rigueur et de discipline. Après avoir couché sur papier des objectifs et établi des buts à atteindre, élaborer un plan par étapes pour y arriver.

7. Réévaluer ses besoins

Réévaluez votre budget, vos dépenses fixes (loyer ou hypothèque, assurances, chauffage) et vos dépenses variables (restaurants, sorties au cinéma, vêtements) sur une base régulière. L'exercice vous permettra peut-être d'économiser davantage pour ensuite passer en mode investissement et vous rapprocher de votre objectif d'indépendance financière.

Entre retraite et indépendance financière

Qu'est-ce qui définit une retraite réussie et agréable? Si jadis on économisait pour la retraite, aujourd'hui, on économise pour acquérir l'indépendance financière. De toute façon, la retraite projetée par les *baby-boomers* est bien différente de celle envisagée par les générations X et Y. L'objectif n'est plus d'arrêter de travailler, mais plutôt de faire ce que l'on aime.

Avec une bonne planification, vous pourrez compter sur des revenus passifs pour assumer les dépenses courantes et maintenir votre indépendance financière après 65 ans. Il peut s'agir de placements plus ou moins risqués ou encore d'investissements immobiliers qui rapportent des revenus récurrents.

Selon votre profil, un conseiller financier peut vous aider à prendre en main vos finances et à établir un scénario qui tracera la voie vers votre indépendance financière et vers... la liberté!

Banque Nationale propose une offre exclusive aux infirmières et infirmiers. Pour connaître les avantages liés 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

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.).



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 sociaux

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

Profil recherché

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



ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Whapmagoostui

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Chisasibi

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Wemindji

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Eastmain

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Nemaska

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Waskaganish

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Mistissini

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Waswanipi

ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
Oujé-Bougoumou

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



www.santeterrescree.org/carrières

*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire

Aux infirmières et infirmiers

Lanaudière reconnaît votre travail
et salue votre engagement
au quotidien

Joignez notre équipe

WWW.CISSS-LANAUDIÈRE.GOUV.QC.CA\CARRIÈRES

*Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière*

Québec 