

perspective infirmière



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Novembre • décembre 2019
Vol. 16 n° 5



Soins critiques

Le nombre excessif d'alarmes pose-t-il un risque pour la sécurité des patients?

Le développement du langage chez l'enfant

Excision d'un molluscum : avez-vous besoin d'une ordonnance?

ACFA

Évaluer l'anxiété de la clientèle en chirurgie cardiaque... et intervenir

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

**Nous recherchons des infirmier(ère)s
Temps plein disponible**

**Unité de soins, rôle élargi, liaison, MAD,
santé publique, ITSS, TB**



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

EXIGENCES

- Être membre en règle de l'OIIQ
- DEC en soins inf. ou B. Sc. inf. ou par cumul de certificats
- Bilinguisme essentiel (parlé et écrit)
- 2 ans d'expérience diversifiée (urgence, soins intensifs, soutien à domicile, chirurgie, 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 reconnue sur le rôle élargi, un atout

AVANTAGES

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



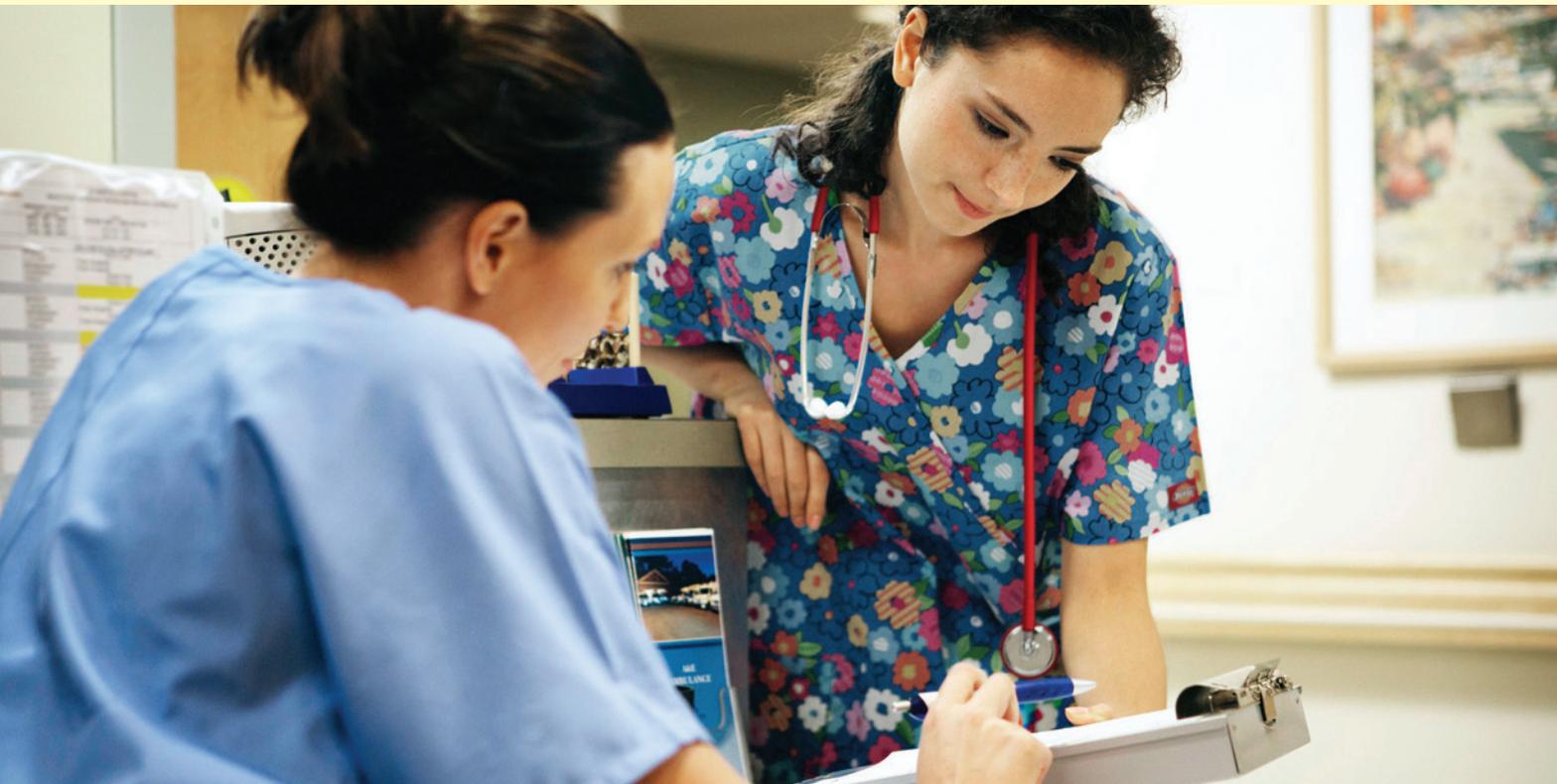
Le Centre de Santé Inuulitsivik dessert les sept communautés inuites de la Baie d'Hudson.

Centre de Santé Inuulitsivik
www.inuulitsivik.ca

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

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

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



Fière partenaire de:

**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

bnc.ca/infirmier

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

SOMMAIRE

Novembre • décembre 2019 — Vol. 16 n° 5

ÉDITORIAL

- 07 — Prix Florence 2020
Une invitation à célébrer
les expertises infirmières

PORTRAIT

- 14 — Elisabeth Laughrea
Conseillère cadre en soins infirmiers

INNOVATION CLINIQUE

- Prix régionaux
Banque nationale 2018
- 16 — Montréal/Laval
Intervention éducative pour la clientèle
en oncologie traitée à domicile
- 17 — Estrie
Un algorithme en appui à
l'expertise infirmière

FONDATION

- 18 — L'enjeu de l'accès
des personnes réfugiées
aux soins de santé

DÉONTOLOGIE

- 64 — Relation professionnelle
avec les clients
À l'infirmière d'en établir les limites

L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 66 — Excision d'un molluscum
Avez-vous besoin d'une ordonnance?

EN BREF

- 08 — Nouvelles pratiques de
soins infirmiers
Des interventions virtuelles
pour soutenir les patients
- 10 — Familles migrantes
Des enfants sans assurance maladie

MYTHES ET RÉALITÉS

- 12 — À propos du cannabis
Réponses en p. 62

PRATIQUE CLINIQUE

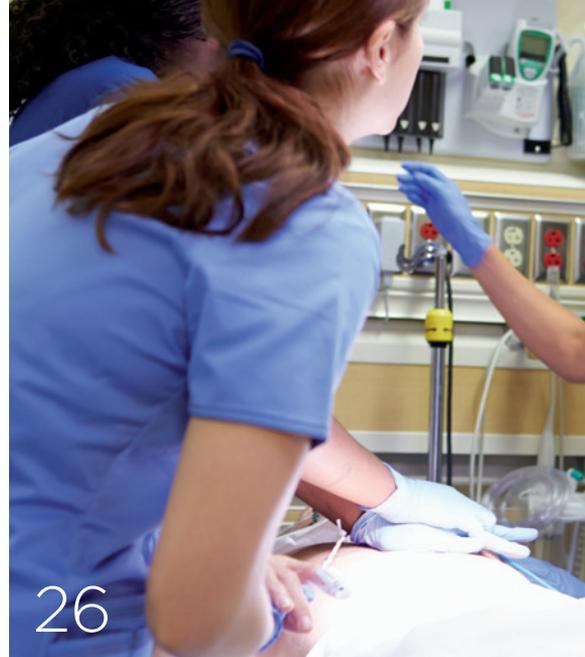
- 20 — Comprendre le développement
du langage chez le tout-petit
- 26 — Prise en charge en
traumatologie
Pas d'efficacité sans travail d'équipe
- 36 — Les alarmes aux soins intensifs
Réflexion sur la désensibilisation
de l'infirmière aux alarmes
- 49 — Modulation de la douleur
pendant le travail et
l'accouchement
Méthodes non pharmacologiques

ENSEIGNEMENT

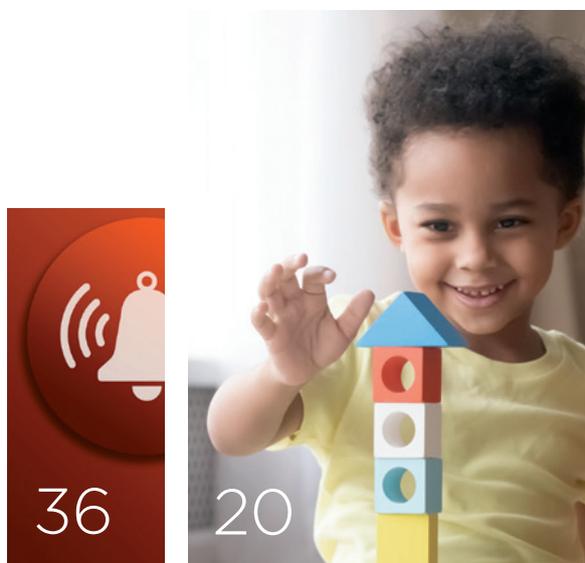
- 31 — Développer l'identité
professionnelle des
étudiantes-infirmières
Élément fondamental de la formation

PHARMACOVIGILANCE

- 56 — Syndrome malin des
neuroleptiques

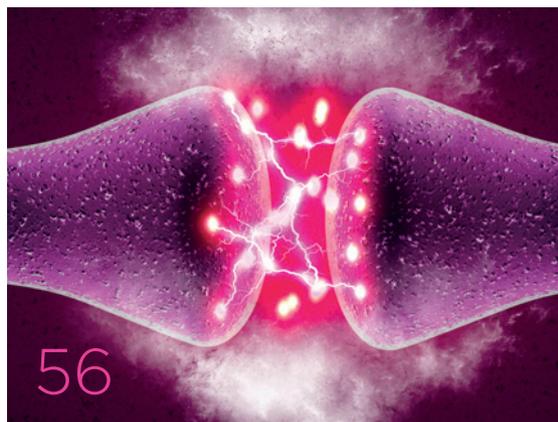


26



36

20



56



14



40

40 — Chirurgie cardiaque et rétablissement psychologique
Évaluer l'anxiété et intervenir

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU



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

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

COLLABORATEURS

Dominique Beaulieu, inf., Ph. D. – Dalila Benhaberou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Fethi Boudebza, inf., M. Sc. – Jonathan Bourgon Labelle, inf., B. Sc. – Myriam Brisson, inf., M. Sc. – José Côté, inf., Ph. D. – Kathleen Couillard – Catherine Crépeau – Annie Denoncourt, inf., M. Sc. inf. – Geoffrey Dirat – Frédéric Douville, inf., Ph. D. – Marie-Eve Gagnon, inf., B. Sc. – Jérôme Gauvin-Lepage, inf., Ph. D. – Patricia Germain, inf., Ph. D. – Ariane Girard, inf., M. Sc. – Dominique Houle, inf., Ph. D. – Alexandra Lapierre, inf., M. Sc. – Véronique Larouche, inf., M. Sc. – Hélène Lefebvre, inf., Ph. D. – Nancy Légaré, B. Pharm., M. Sc., Pharm. D., BCPP, BCPS – Jessica Lesage, M. P. O., orthophoniste – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Daniel Milhomme, inf., Ph. D. – Evy Nazou, inf., Ph. D. – Hugues Povencher Couture, IPSSA – Pascale Reny, inf., M. Sc. inf. – Christian M. Rochefort, inf., Ph. D. – Geneviève Rouleau, inf., Ph. D. (c.) – Éric Roy, inf., LL. M. – Lyse Savard – Caroline Sirois, B. Pharm, Ph. D. – Dominique Therrien, inf., Ph. D. (c.) – Éric Tchouaket Nguemeleu, Ph. D.

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

TARIFS pour 1 an
Canada : 16,28 \$ taxes applicables comprises
Autres pays : 73 \$

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

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

DÉPÔT LÉGAL 2019

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



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

LOGO FSC



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

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



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



www.commandes.catie.ca

1-800-263-1638

Prix Florence 2020 une invitation à célébrer les expertises infirmières



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

**« Ce sont jusqu'à 24 membres
de la profession qui seront
honorés à titre de finalistes,
et ce, dans huit catégories
renouvelées. »**

Le 14 février 2020, l'OIIQ célébrera ses 100 ans d'existence sous le thème 100 ans à veiller sur la santé. La Soirée Florence 2020 sera l'activité phare des célébrations de ce centenaire. Il s'agit d'une occasion unique de faire rayonner aux quatre coins de la province l'excellence et l'expertise des membres qui se distinguent au sein de la profession!

Il est bon de se rappeler que les infirmières et infirmiers d'exception se retrouvent partout : dans l'ensemble des domaines de pratique, des milieux de travail et des régions. Cette soirée est l'occasion parfaite de démontrer que la prestation des meilleurs soins qui soient à la population passe inévitablement par ces infirmières et infirmiers aux forces variées. C'est également le moment de souligner l'apport soutenu des membres qui, par leur pratique auprès des personnes, contribuent individuellement à façonner les soins infirmiers d'aujourd'hui. Leur contribution professionnelle est unique et historique!

CENT ANS À VEILLER SUR LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS : IL Y A DE QUOI SE RÉJOUIR!

La population doit être au fait du rôle des membres de la profession infirmière quant à l'amélioration de l'accès aux soins de santé et aux services. Pour y arriver, nous vous proposons de mettre en évidence l'importance et les multiples facettes de l'expertise et de la pratique infirmières. Vous côtoyez tous au moins une source d'inspiration professionnelle – des infirmières et infirmiers qui suscitent de l'admiration et du respect. C'est le moment de rendre hommage à la qualité des soins qu'ils prodiguent aux citoyens. Déposez leur candidature!

Pour la circonstance, la Soirée Florence se démarquera des éditions antérieures en mettant en lumière davantage d'infirmières et infirmiers aux profils et aux carrières variés. Pour nos 100 ans, nous souhaitons en effet souligner la contribution et les compétences d'un plus grand nombre d'entre eux. Cette soirée permettra d'illustrer la diversité de domaines et de milieux où ils agissent concrètement en faveur de la population québécoise et même à l'extérieur de nos frontières. En somme, ce sont jusqu'à 24 membres de la profession qui seront honorés à titre de finalistes, et ce, dans huit catégories renouvelées.

Dans le but de féliciter ces professionnels de leur contribution essentielle à la santé des Québécois et de célébrer l'excellence de leur travail, nous travaillons assidûment à préparer cet événement, qui se tiendra le 12 mai 2020. Près de 800 personnes y sont attendues. Réservons à nos finalistes des remerciements et une reconnaissance à la hauteur de leurs réalisations!

La date limite pour soumettre les candidatures est le 9 décembre prochain. Prenez part à cette occasion unique!

NOUVELLES PRATIQUES DE SOINS INFIRMIERS

Des interventions virtuelles pour soutenir les patients

André, âgé de 47 ans, est porteur du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), comme 60 000 personnes au Canada¹. Quotidiennement, et pour le reste de sa vie, il devra prendre son traitement antirétroviral. Samedi dernier, il a ressenti un inconfort au niveau digestif, qui persiste et qui l'incommoder grandement. Il a attribué ses malaises à son médicament. Il demeure préoccupé par la situation. Comment soutenir André pour qu'il puisse persévérer dans son traitement tout en le soulageant de ses effets secondaires, et du même coup éviter des consultations à l'urgence ou des recherches d'informations sur des sites Web plus ou moins fiables?

par JOSÉ CÔTÉ, inf., Ph. D. et GENEVIÈVE ROULEAU, inf., Ph. D. (c.)

C'est avec le souci d'offrir un soutien en temps réel que l'équipe de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers de l'Université de Montréal a créé un concept d'interventions infirmières virtuelles et une plateforme informatique appelés TAVIE™. Cet acronyme fait référence au traitement, à l'assistance virtuelle infirmière et à l'enseignement.

De quoi s'agit-il? À l'aide de capsules vidéo pré-enregistrées et selon des algorithmes préétablis, une infirmière « virtuelle » guide la personne dans un processus d'apprentissage visant le développement de ses habiletés d'autogestion de son état de santé. Ainsi, l'infirmière virtuelle propose à André des stratégies pour le soutenir, par exemple, dans la gestion des effets secondaires de la thérapie antirétrovirale. L'infirmière virtuelle propose aussi à André des stratégies pour lui permettre d'intégrer ses médicaments à sa routine et de surmonter les situations difficiles liées à son traitement. Les messages et conseils sont personnalisés selon les réponses d'André. Des patients virtuels agissent aussi comme modèles de rôle : leurs histoires peuvent influencer positivement André dans son cheminement. Cet enseignement sur plateforme numérique est accessible en tout temps puisque les vidéos sont présentées en mode asynchrone et peuvent être visionnées sur un ordinateur ou une tablette depuis le domicile du patient.

L'infirmière virtuelle crée un environnement de soins empreint de respect, de non-jugement, de confiance et de sécurité. Ses messages favorisent l'engagement d'André en misant sur ses forces et en renforçant sa capacité d'agir pour optimiser ses comportements de santé. Elle transpose ses habiletés de communication et de relation d'aide à travers cette présence virtuelle en maintenant le contact visuel et surtout, en adoptant elle-même une approche positive et encourageante. Cet accompagnement virtuel profite à André, mais pourrait aussi bénéficier aux 60 000 autres personnes vivant avec le VIH qui désireraient recevoir un tel soutien.

À ce jour, plus d'une dizaine d'interventions TAVIE™ ont été développées pour soutenir différentes clientèles vivant avec un problème de santé chronique dans la gestion de leurs conditions de santé. Il existe ainsi de telles interventions virtuelles à l'intention, par exemple, des personnes greffées rénales, souffrant d'épilepsie ou vivant avec la maladie de Parkinson. La réalisation de ces interventions s'est concrétisée grâce à un ancrage solide de la pratique infirmière virtuelle dans l'essence même des soins infirmiers, notamment par la reconnaissance du pouvoir d'agir des individus et grâce à la synergie d'expertises de professionnels de la santé, d'informaticiens et d'experts en média.

Il faut préciser que l'objectif de ces interventions n'est pas de remplacer la qualité et l'intensité d'une relation entre l'infirmière et son patient, mais bien d'offrir un outil clinique complémentaire, dans un continuum de soins, afin de soutenir les professionnels de la santé dans leur pratique au quotidien. Bien que les retombées sur les pratiques professionnelles ne soient pas encore connues, nous pourrions envisager que les infirmières recommandent les interventions TAVIE™ à leurs patients comme mesure de renforcement de leurs apprentissages, tout en maximisant le temps qu'elles consacrent à l'enseignement auprès des personnes susceptibles de cesser leur traitement ou qui éprouvent des difficultés à le suivre.

Si des phases d'implantation sont en cours dans les milieux de soins, les interventions TAVIE™ ne sont accessibles que dans un cadre de recherche pour l'instant. Les résultats obtenus jusqu'à maintenant indiquent toutefois que bon nombre de patients tirent des bienfaits des interventions virtuelles, dont une amélioration de leur qualité de vie, l'apprentissage de nouvelles stratégies pour faciliter la prise des médicaments, un sentiment de normalisation de l'expérience de vie et une réduction du sentiment de solitude.

D'AUTRES PROJETS

Les avancées technologiques dans le domaine de l'intelligence artificielle nous incitent à explorer de nouvelles avenues. Certaines innovations, issues de ce domaine, sont dites « de rupture », car elles transforment complètement les façons de faire; l'ensemble des techniques mises en œuvre permettent aux machines (ordinateur, robots, etc.) de simuler l'intelligence humaine. L'équipe de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers entend tirer parti des applications de l'intelligence artificielle en sciences infirmières, en visant toujours l'objectif de contribuer au bien-être et à la santé des personnes.

Ainsi, de concert avec l'équipe de Carl-Ardy Dubois de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal, la Chaire travaille à la mise sur pied d'un laboratoire d'expérimentation de la performance des soins infirmiers. Soutenus par l'infrastructure du Centre d'intégration et d'analyse des données médicales (CITADEL) du CHUM et un partenariat avec la Direction des soins infirmiers de cet établissement, les travaux de ce laboratoire alimenté par l'intelligence artificielle permettront de mesurer la performance des soins infirmiers en utilisant des indicateurs cliniques et de gestion et ainsi mieux soutenir l'exercice infirmier.

L'objectif de ces interventions virtuelles n'est pas de remplacer la qualité et l'intensité d'une relation entre l'infirmière et son patient, mais d'offrir un outil clinique complémentaire, dans un continuum de soins, afin de soutenir les professionnels de la santé dans leur pratique au quotidien.

1. Gouvernement du Canada. (2018.) Résumé : Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/esume-estimations-incidence-prevalence-vih-progres-realises-canada-90-90-90.html>

FORMER LA RELÈVE

Le développement et le maintien des compétences en soins infirmiers passent traditionnellement par une formation initiale ou avancée, de même que par des occasions d'apprentissages s'inscrivant dans une perspective de développement professionnel continu. Bien qu'elles demeurent encore peu exploitées, les formations numériques sont des approches complémentaires à ces modes traditionnels.

En plus de son mandat de développer et d'évaluer des interventions novatrices, la Chaire vise à former une relève en clinique, en enseignement et en recherche. L'une de ses doctorantes, Geneviève Rouleau, candidate au doctorat à l'Université Laval, a d'ailleurs développé une simulation numérique sur écran pour reproduire une consultation infirmière-patient.

Cette simulation montre l'expérience de vie d'un homme vivant avec le VIH qui

éprouve des difficultés dans la prise de son traitement antirétroviral. Dans ce scénario préprogrammé, les apprenants (les infirmières) doivent appliquer des habiletés de communication qui permettent d'ouvrir le dialogue avec le patient. Le contenu théorique est fondé sur l'entretien motivationnel. Pour optimiser l'interactivité et l'engagement des infirmières, des quiz et des rétroactions sont proposés. Ce projet a été évalué auprès de 27 infirmières à travers le Québec. ●

LES AUTEURES

JOSÉ CÔTÉ
Inf., Ph. D.

Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse régulière au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM). Titulaire de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers.

GENEVIÈVE ROULEAU
Inf., Ph. D. (c.)

Candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Coordonnatrice de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers.



Pour en savoir plus sur la mission et les réalisations de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers

www.crsi.umontreal.ca

Déclaration de conflit d'intérêts : La Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques de soins infirmiers a obtenu une option de licence pour la commercialisation de l'intervention VIH-TAVIE™.

NOUS RECRUTONS

Des emplois offerts partout au Québec !

LES AVANTAGES 24/7

Une agence en pleine expansion

Une équipe créée et dirigée par des infirmiers(ères)

Des horaires flexibles que vous gérez en temps réel depuis votre portail des employés

Des salaires compétitifs avec orientations rémunérées

Inscrivez-vous maintenant sur notre site web et courez la chance de gagner un voyage à nos frais !



www.expertise24-7.com

Montréal 514-951-4381

sans frais partout au Québec 1-855-951-4381

FAMILLES MIGRANTES

Des enfants sans assurance maladie

Des enfants habitant au Québec n'ont pas accès à des soins de santé couverts par l'assurance maladie en raison de leur statut d'immigration ou de celui de leurs parents, indique un récent rapport publié par l'Observatoire des tout-petits (2019).

par KATHLEEN COUILLARD

Ce rapport révèle qu'en raison des dispositions actuelles de la *Loi sur l'assurance maladie*, des enfants et des femmes enceintes ayant un statut de résident temporaire ou étant en attente d'une décision concernant leur statut migratoire n'ont pas accès à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Certains de ces enfants sont même nés au Québec, mais le statut de leurs parents les prive d'un accès à des soins de santé couverts.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que ces enfants proviennent souvent de familles en situation difficile. Justine Daoust-Lalande est infirmière pour Médecins du Monde, un organisme qui a mis sur pied en 2011 une clinique médicale à l'intention des migrants à statut précaire. « Des conditions de vie défavorables peuvent avoir des conséquences sur la santé des enfants, explique-t-elle. Leur système est plus petit et plus fragile. Ils sont donc plus vulnérables aux difficultés rencontrées et leur état peut dégénérer beaucoup plus rapidement que chez un adulte. »

DES DÉFIS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Les barrières d'accès aux soins pour ces familles ont des implications sur la pratique infirmière. « Nous sommes rapidement limitées et cela nous place professionnellement dans une posture d'impuissance », déplore Justine Daoust-Lalande. Les infirmières œuvrant auprès de ces familles peuvent ainsi se retrouver face à un dilemme moral. « Il est alors important de connaître le cadre de pratique dans lequel on exerce, mais aussi de réfléchir aux conséquences que la situation peut avoir pour le patient. »

Rappelons également que l'infirmière doit agir avec professionnalisme et fournir les soins requis par la situation. De plus, elle ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués. Elle doit ainsi prendre les moyens raisonnables en vue d'assurer la continuité des soins et des traitements (art. 44.4 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*). C'est donc dire à quel point il est important de connaître les ressources disponibles pour ces personnes et de les utiliser lorsque nécessaire.

En réaction à la parution de ce rapport, la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, a annoncé son intention de mettre en place un comité interministériel dans le but de régler la question de l'accès aux soins pour les tout-petits nés au Québec de parents migrants.

Justine Daoust-Lalande rappelle que les infirmières peuvent aider ces familles à recevoir les soins dont elles ont besoin. « L'infirmière, par le rôle central qu'elle occupe dans les soins auprès de ces familles et la collaboration avec les autres professionnels, est bien placée pour agir comme pivot, souligne-t-elle. Elle peut aussi discuter en équipe des façons d'adapter le cadre de pratique en vue d'offrir des soins égaux et sécuritaires pour tous. » En outre, les infirmières, en intégrant une perspective de promotion de la santé dans leurs interventions, peuvent contribuer à améliorer les conditions de santé de ces familles (Lessard, 2016).

Les infirmières doivent prendre les moyens pour être mieux outillées dans ce type de situation. Selon Justine Daoust-Lalande, les infirmières sont des professionnelles curieuses et soucieuses de bien comprendre la réalité des personnes qu'elles soignent. Pour en apprendre davantage, les professionnels de la santé¹ peuvent consulter une brochure publiée par l'Observatoire des tout-petits à leur intention. ●

1. Disponible à <https://tout-petits.org/img/dossiers/migrant/Dossier-Acces-soins-migrants-brochure.pdf>

LE CISSS DES LAURENTIDES
complice de votre carrière



Postulez dès maintenant
santelaurentides.gouv.qc.ca

Recherchons

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

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

PLUS DE 80 INSTALLATIONS
EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides

Québec



SAVIEZ-VOUS QUE...?

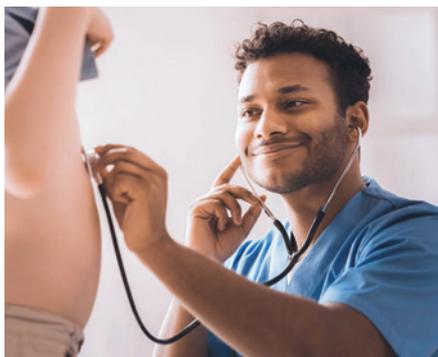
Un enfant ne recevant pas les soins de santé dont il a besoin peut subir de graves conséquences, tout comme sa famille. En plus des répercussions physiques (apparition de maladies chroniques, de handicaps ou de troubles du développement), des conséquences psychologiques peuvent survenir. Les parents vivent aussi un stress financier et ne recevront peut-être pas les informations nécessaires en matière de prévention. Bref, le manque d'accès pourrait avoir des répercussions sur la vie future de l'enfant et sur celle du reste de sa famille.

RÉFÉRENCES

Lessard, J. (2016). «Promotion de la santé – À nous de jouer». *Perspective infirmière*, 13(2), 31-33. Repéré à <https://www.oiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no02/11-sante-publique.pdf>

Observatoire des tout-petits. (2019). «Accès aux soins de santé pour les femmes enceintes et les tout-petits de familles migrantes». Montréal: Observatoire des tout-petits. Repéré à <https://tout-petits.org/publications/dossiers/acces-soins-de-sante-migrants/>

PRIX
FLORENCE
2020



**8 catégories
renouvelées**

Mise en
candidature
simplifiée

Jusqu'à **24**
finalistes

Regardez autour de vous.
L'**inspiration** est **partout**.

La profession infirmière se transforme chaque jour à travers l'engagement et l'expertise de professionnels remarquables.

Et si vous preniez un moment pour nous présenter un ou une collègue des plus inspirants?

Ne tardez pas! Déposez une candidature avant le 9 décembre.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Visitez oiiq.org/prix-florence

À PROPOS DU *cannabis*

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

Le cannabis est légalisé au Canada depuis le 17 octobre 2018, soit depuis plus d'un an maintenant. Beaucoup de malentendus subsistent à son sujet autant dans la population en général que parmi les professionnels de la santé. L'infirmière est donc amenée à mettre à jour ses connaissances sur cette substance afin de pouvoir répondre aux questions des personnes consommatrices de cannabis, ainsi qu'à celles de leurs proches, tout en adoptant une attitude bienveillante pendant l'évaluation de leur condition physique et mentale.

RÉPONSES EN PAGE 62

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Le haschich et la marijuana sont deux substances identiques. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. Il n'existe pas de décès causé par un surdosage de cannabis. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. Le cannabis a des effets plus nuisibles chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, comparativement aux autres catégories d'âge. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 04. Consommer du cannabis entraîne des comportements violents. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 05. Le cannabis fait partie de la même classe de psychotropes que le LSD et l'ecstasy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 06. La consommation de cannabis peut entraîner un risque important de dépendance physique et psychologique. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



www.tulattavik.com

Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

La passion du Grand Nord



Le travail offert

TEMPS COMPLET OU TEMPORAIRE.

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

FORMATION DE BASE ET CONTINUE.

APPRENTISSAGE PROGRESSIF AU TRAVAIL EN RÔLE ÉLARGI.

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

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

VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !

recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca

@Tulattavik

Téléphone : 1 877 893-7646

RabaisCampus

DES CADEAUX DE NOËL POUR TOUS LES GOÛTS ET TOUS LES BUDGETS QUI DURENT TOUTE L'ANNÉE!

ABONNEZ-VOUS
AVANT LE 20 DÉCEMBRE
ET OBTENEZ UNE
CARTE DE NOËL GRATUITE
PAR INTERNET POUR ACCOMPAGNER
VOTRE CADEAU!

Magazine	Discount	Price
L'actualité QUAND LES PILULES RENDENT	19\$	5 nos 44,75\$ 19,00\$
BEL ÂGE	14,95\$	8 nos 31,92\$ 14,95\$
Les idées de ma MAISON	19,95\$	1 an 59,90\$ 19,95\$
5 15 On est en vacances, on se le coupe pas le fil!	-65%	1 an 71,88\$ 24,95\$
DÉBOUILLARDS	-30%	1 an 54,45\$ 37,95\$
COUP DE POUCE	19,95\$	1 an 59,90\$ 19,95\$
Cooll	-39%	1 an 57,48\$ 34,95\$
RICARDO Savourez l'été!	-44%	1 an 63,92\$ 35,99\$
Je cuisine Bols vitaminés TOP 10	-62%	1 an 79,60\$ 29,95\$
MINCEUR On perd 10 lb avant l'été!	-37%	1 an 39,80\$ 24,95\$
Déjeuners protéinés	17,95\$	1 an 32,94\$ 17,95\$
CHARENTAINE	-58%	2 ans 59,88\$ 24,95\$
ELLE	16,95\$	1 an 44,91\$ 16,95\$
Clin d'oeil	19,95\$	1 an 47,92\$ 19,95\$
QUÉBEC SCIENCE	-44%	1 an 55,60\$ 30,95\$
GEO GRÈCE	-25%	1 an 130,80\$ 104,00\$
NATIONAL GEOGRAPHIC	-17%	1 an 95,88\$ 80,00\$
GÉOPLEIN AIR	19,95\$	1 an 27,80\$ 19,95\$
OISEAUX	-35%	2 ans 52,00\$ 33,95\$
SCIENCE & VIE	-16%	1 an 83,40\$ 69,95\$
Nature	19,95\$	1 an 23,80\$ 19,95\$
protégez-vous	-35%	1 an 77,40\$ 49,95\$
Sélection	-48%	10 nos 49,50\$ 25,95\$
mieux-être	19,95\$	1 an 35,70\$ 19,95\$
GRATUIT Sentier CHASSE-PÊCHE	-37%	1 an 57,50\$ 35,95\$
7 JOURS	-55%	1 an 119,40\$ 54,95\$
TV	-56%	1 an 169,80\$ 74,95\$
Les Explorateurs	-41%	1 an 64,35\$ 37,95\$
J'AIME LIRE	-58%	1 an 107,40\$ 44,95\$
POPAI	-46%	1 an 83,40\$ 44,95\$
SCIENCE VIE JUNIOR	-22%	1 an 95,88\$ 74,95\$
GEO AD	-40%	1 an 122,40\$ 74,00\$
CURIUM	-50%	1 an 76,45\$ 37,95\$
POMME	-54%	1 an 87,45\$ 39,95\$
MAISON & DEMURE	16,48\$	1 an 59,70\$ 16,48\$
Je Terrasse Jardins & de rêve	15,95\$	1 an 31,80\$ 15,95\$
les affaires	-67%	2 ans 121,72\$ 39,99\$
le Social	-25%	13 sem. 98,15\$ 74,07\$
LE DEVOIR	-56%	1 an 553,80\$ 245,19\$
1 INCENDIE 2 INONDATIONS ET... 1 TORNADE	-66%	1 an 496,08\$ 169,00\$
JOURNAL DE QUÉBEC	-62%	1 an 449,80\$ 169,00\$

LES PLUS BAS PRIX GARANTIS!

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

71 CADEAUX
À 20\$ OU MOINS
315 TITRES
DISPONIBLES

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

Offre d'une durée limitée. Les prix rayés sont ceux en kiosque. Certaines conditions peuvent s'appliquer. Prix et disponibilité des publications sujets à changements sans préavis. Taxes en sus. Imprimé 11/2019



© Audrey Boivin

« J'ai voulu m'investir dans mon milieu pour changer des choses qui ne marchaient pas, et on m'a permis de le faire. »

Elisabeth Laughrea Conseillère cadre en soins infirmiers

« Je suis fière d'être infirmière! » Derrière son grand sourire et ses yeux pétillants, Elisabeth Laughrea est une fonceuse. Elle vit sa carrière à fond et saisit les occasions d'acquérir de l'expérience. « On peut être à la fois jeune et compétente; il faut juste se faire confiance », affirme la conseillère cadre en soins infirmiers au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qui se porte à la défense de la profession. « Je veux valoriser notre rôle dans le réseau de la santé et dans la sphère publique. »

par **GEOFFREY DIRAT**

« Je suis passionnée et je veux bien faire les choses, une étape à la fois. » Mais les étapes, Elisabeth Laughrea les franchit à la vitesse grand V. Cinq ans après avoir obtenu un baccalauréat en sciences infirmières et dix-huit mois après avoir réussi une maîtrise, option Expertise-conseil en soins infirmiers – les deux à l'Université de Montréal –, la jeune femme de 29 ans occupe un poste de conseillère cadre. Sa mission : soutenir et développer la pratique professionnelle des quelque 300 infirmières des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

La décision de choisir la profession d'infirmière s'est prise pendant ses études collégiales, alors qu'elle a développé un intérêt marqué pour les sciences, ainsi que pour la psychologie et la relation d'aide. Elle envisageait aussi une profession qui lui permettrait d'exercer dans un contexte de proximité avec les gens. « Devenir infirmière m'offrait une merveilleuse combinaison de tous ces aspects. » Une fois complété son premier stage en milieu de soins, tous ses doutes, si elle en avait, se sont dissipés. « Cette profession était faite pour moi et chacune des sessions de mon baccalauréat est venue me le confirmer. »

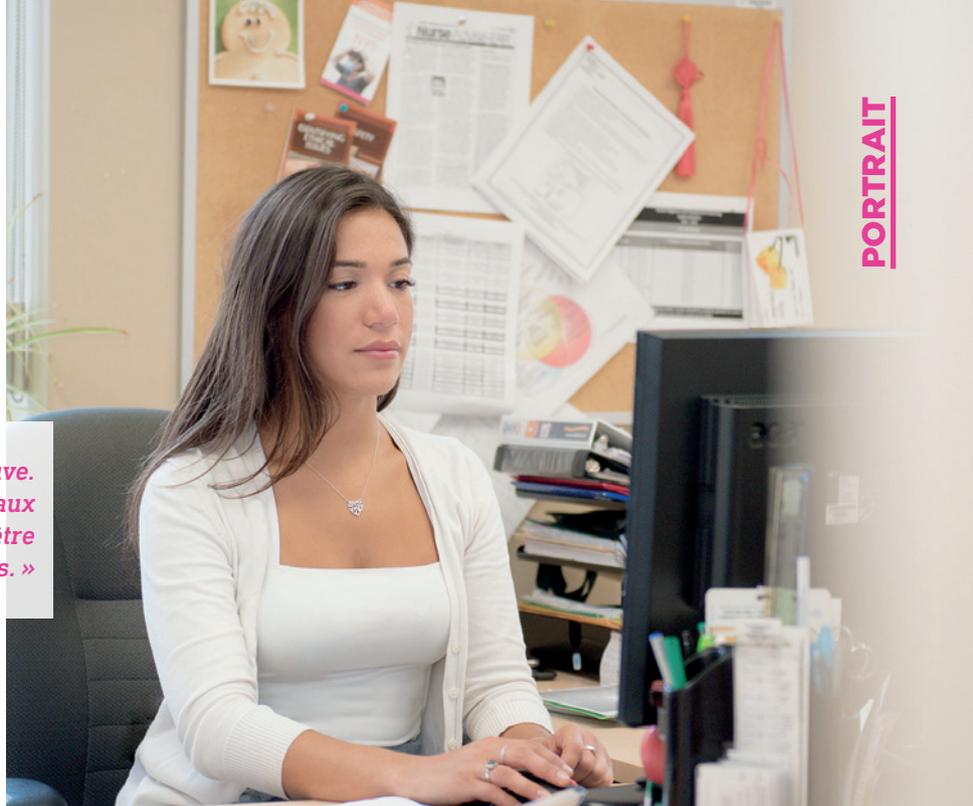
À peine inscrite au Tableau de l'OIIQ, elle obtient un emploi à l'Hôpital général juif de Montréal comme infirmière clinicienne en chirurgie-oncologie – une unité de soins qu'elle trouve stimulante, qui exige des connaissances des différents systèmes, ainsi que des compétences afin de réaliser des pansements complexes et de gérer des situations d'urgence. En outre, « nous tissons des liens riches de sens avec les patients de cette unité qui doivent revenir régulièrement à l'hôpital pour leurs traitements en raison de leur diagnostic », souligne l'infirmière, qui s'estime privilégiée. Elle a pu appliquer les connaissances apprises à la Faculté des sciences infirmières dans un environnement favorable et gratifiant. « J'ai voulu m'investir dans mon milieu pour changer des choses qui ne marchaient pas, et on m'a permis de le faire », ajoute-t-elle.

En parallèle, Elisabeth Laughrea poursuit ses études à la maîtrise et s'intéresse aux enjeux de la prise en charge des personnes âgées en milieu de soins aigus. Dans le cadre de son projet de stage, elle met en œuvre une activité de pratique réflexive sur la prévention de l'état confusionnel aigu chez la clientèle aînée. Destinée aux infirmières d'une unité de chirurgie de l'Hôpital général de Montréal, elle visait à développer leurs compétences grâce à une formation interactive sur les meilleures stratégies pour réduire le risque de delirium. Son activité tombe à point puisqu'à cette période l'infirmier-chef de l'unité cherchait à implanter l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il appuie donc sans réserve son projet de stage.

RESPONSABLE DU DÉPLOIEMENT DE L'AAPA

La Direction des soins infirmiers (DSI) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, informée du projet de l'infirmière, la recrute en mai 2018 pour favoriser l'implantation de l'AAPA dans les 15 unités de l'Hôpital général juif. Pour Elisabeth Laughrea, la décision d'accepter ce nouveau défi n'est pas aussi facile à prendre qu'on pourrait le penser, puisqu'il signifie ne plus donner de soins directs aux patients et renoncer à la relation de proximité avec eux, qui avait pourtant influencé son choix de carrière. « J'estime aujourd'hui que je les aide toujours, indirectement, en contribuant à la qualité des soins qu'ils reçoivent. »

À titre de conseillère cadre, poste qu'elle occupe depuis l'été 2019, la dynamique jeune femme encadre la pratique professionnelle des infirmières des sept CHSLD du CIUSSS. Elle est responsable de mandats comme la révision des ordonnances collectives et l'harmonisation des politiques et procédures des soins infirmiers dans les différents centres d'hébergement. Sur une base quotidienne, elle assure le suivi de la qualité et de la performance de ces mêmes soins. Plaies de pression, mesures de contrôle physiques et chimiques, chutes, transferts à l'urgence : Elisabeth Laughrea surveille une série d'indicateurs et cherche des solutions pour les améliorer.



« On est trop humbles, je trouve. On a tendance à donner le crédit aux autres alors qu'on peut être fières de nos rôles. »

« Souvent, l'infirmière en CHLSD est la seule personne ressource à l'étage. Et il en faut, du leadership et de la confiance en son évaluation clinique pour prendre les bonnes décisions. D'ailleurs, un transfert à l'urgence peut être évité si l'infirmière clinicienne est sûre d'elle et de ses compétences et qu'elle utilise toute l'étendue de son champ d'exercice », indique la conseillère cadre, qui travaille à la mise en place d'un programme de mentorat pour les infirmières en solo, en collaboration avec l'équipe de la Direction du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et la Direction des soins infirmiers (DSI). En vue de renforcer leur leadership, « nous allons adopter une approche de pratique réflexive et les placer en observation (*shadowing*) pendant quatre jours auprès d'une infirmière reconnue comme une leader », explique Elisabeth Laughrea, qui cherche par tous les moyens à renforcer l'estime de soi et l'identité professionnelle de ses consœurs tout en les encourageant à mettre de l'avant l'ensemble de leurs compétences. « Je veux valoriser notre rôle », résume l'infirmière, qui prend également une part active dans le volet enseignement de sa profession.

DE LA CLINIQUE À LA GESTION... À L'ENSEIGNEMENT

Depuis février 2016, elle est ainsi auxiliaire d'enseignement au baccalauréat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, d'abord pour le cours de chirurgie et aujourd'hui pour le cours sur le vieillissement. Et à l'Université de Sherbrooke, elle est tutrice d'habiletés cliniques depuis avril 2018 dans le cadre du cours sur l'AAPA. Ajoutons qu'elle est la présidente du Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval depuis septembre dernier et qu'elle a contribué à la création, en janvier 2018, du Comité de la relève infirmière du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, qu'elle préside aujourd'hui. Enfin, elle collabore au Groupe Espace Santé, un regroupement multidisciplinaire qui vise à développer une conscience politique

chez les acteurs du réseau de la santé en favorisant le transfert des connaissances et le partage des expériences.

« J'ai beaucoup d'énergie et j'ai davantage de temps depuis que j'ai complété ma maîtrise », répond-elle en souriant lorsqu'on lui demande comment elle fait pour mener de front tous ses engagements. Elle a beau considérer qu'elle n'est pas « une revendicatrice », Elisabeth Laughrea n'hésite pas à monter au créneau pour défendre sa profession. Elle se souvient d'une lettre qu'elle avait envoyée à la DSI de l'Hôpital général juif lorsqu'elle exerçait en chirurgie-oncologie. « Je devais apporter des soins longs et complexes à un patient qui nécessitait une réévaluation et un changement de son pansement abdominal, et un préposé à l'entretien ménager a exigé que je lave d'abord le plancher du corridor, souillé en raison de l'inefficacité du pansement initial, car selon lui cela faisait partie de mes tâches. Je veux toutefois mentionner que cet employé n'était nullement mal intentionné et que sa demande reflétait une certaine culture. J'ai donc écrit cette lettre dénonçant la situation, que plusieurs infirmières ont signée. Je précise aussi que la DSI n'était pas au courant de cette façon de faire dans le département et m'a complètement appuyée dans mes démarches par la suite. »

« ON NE NOUS ENTEND PAS ASSEZ »

Elisabeth Laughrea estime que la relève dispose de solides connaissances sur le champ d'exercice de la profession. Elle est également convaincue que cette relève engagée sera porteuse d'une identité professionnelle forte. « On est trop humbles, je trouve. On a tendance à donner le crédit aux autres alors qu'on peut être fières de nos rôles », affirme la conseillère cadre. « Les infirmières sont au cœur du système de santé, poursuit-elle. On est le squelette de l'hôpital. Les soirs et les week-ends, nous, on est là et tout roule. Nous occupons un rôle pivot essentiel au bon fonctionnement des soins. »

Cette conviction, Elisabeth Laughrea l'incarne aussi en participant à des rendez-vous interdisciplinaires, des événements publics et des rencontres à caractère politique. « On est plus de 76 000 membres de la profession infirmière au Québec et on ne nous entend pas assez! » ●



Emmène-moi au sommet



**Épargnez 39 %
sur vos billets
SkiMax**

64\$ / billet

**Tarif valable
jusqu'au 5 décembre**

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

PRIX RÉGIONAUX
**INNOVATION
CLINIQUE**
BANQUE NATIONALE
2018

Montréal/Laval

Intervention éducative pour la clientèle en oncologie traitée à domicile

par CATHERINE CRÉPEAU

L'équipe de soins en oncologie du CHUM avait dû se rendre à l'évidence que l'information dispensée à ces patients était incomplète. « Les infirmières faisaient de l'enseignement, de même que les oncologues, les médecins de famille, le pharmacien... mais nous n'avions aucun moyen de savoir si les patients recevaient toute l'information nécessaire pour comprendre leur traitement et les risques associés », explique Audrey Chouinard, infirmière et conseillère en soins spécialisés – volet oncologie au CHUM. Ce manque d'uniformisation et de standardisation de l'enseignement initial à cette clientèle était également rapportée dans divers articles internationaux.

La décision d'uniformiser l'enseignement initial s'est donc imposée et une séance d'apprentissage de groupe, combinée à des suivis infirmiers structurés par téléphone, a été instaurée pour les patients sous thérapie orale ainsi que pour leurs proches. Entre 2016 et 2018, plus de 230 patients et leurs proches aidants y ont assisté. Les résultats aux questionnaires démontrent qu'ils se sentent plus outillés pour prendre en charge eux-mêmes leur traitement et ses effets indésirables, indique Audrey Chouinard.

Ce projet a permis aux infirmières en oncologie de développer leurs connaissances sur les diverses notions entourant la thérapie systémique orale contre le cancer administrée à domicile. Elles s'estiment donc plus compétentes pour répondre aux besoins de cette clientèle. En outre, « la standardisation du suivi infirmier a été l'occasion pour les infirmières d'évaluer de façon systématique l'assiduité au traitement de cette clientèle soignée à domicile, un enjeu important pour obtenir une efficacité de traitement optimale », précise la conseillère en soins.

LA COLLABORATION D'UNE PATIENTE PARTENAIRE

Animées par une infirmière experte en oncologie, les séances d'apprentissage sont dispensées à des groupes réduits de 10 à 15 personnes afin de faciliter les échanges. Tous les professionnels de l'équipe d'oncologie (infirmière, oncologue, psychologue, pharmacien, sexologue, nutritionniste, etc.) ont contribué au contenu. Une patiente partenaire a aussi participé à sa validation, à sa vulgarisation et à l'ajout d'exemples concrets.

La séance d'une heure a été instaurée en respectant les normes, recommandations et meilleures stratégies d'apprentissage pour la clientèle adulte. Une partie théorique aborde quatre thèmes : la manipulation sécuritaire et la gestion des déchets; l'assiduité au traitement; la gestion des effets indésirables; et la présentation de l'équipe interdisciplinaire. Un volet pratique sous forme de jeux-questionnaires accompagne chacun de ces thèmes. « Les patients utilisent un télévoteur, ce qui permet de vérifier, de façon anonyme, si l'information a été bien comprise et, au besoin, de renforcer certains éléments. C'est aussi l'occasion de répondre aux questions des participants », souligne Audrey Chouinard. Des fiches d'information sur les thèmes abordés, réalisées par l'équipe, sont à la disposition des patients par le truchement d'un site Web, tout comme les capsules vidéo. Ils peuvent ainsi revoir le contenu de la séance d'apprentissage à leur domicile, loin du stress de l'hôpital. ●



« La standardisation de l'enseignement initial et du suivi infirmier ont permis de consolider la trajectoire de soins de la clientèle sous thérapie orale contre le cancer et d'améliorer la sécurité et la qualité des soins offerts. »

Estrie

Un algorithme en appui à l'expertise infirmière

par CATHERINE CRÉPEAU

Un algorithme a permis aux infirmières de gagner une plus grande autonomie dans la gestion de la douleur postopératoire et d'améliorer de façon significative le bien-être des patients ayant subi une chirurgie, en réduisant leur douleur, leur consommation d'opiacés et leur durée d'hospitalisation.

Plus de 75 % des patients souffrent de douleurs considérables à la suite de leur chirurgie et ressentent de l'anxiété parce qu'ils anticipent cette douleur. « Toute l'équipe de soins était préoccupée par la gestion de la douleur. Nos évaluations indiquaient que nos patients n'étaient pas suffisamment soulagés, mais nous ne trouvons pas de réponse concrète parmi les solutions déjà implantées dans des milieux », résume **Johanne Lapré, infirmière et conseillère cadre clinicienne au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.**

Un comité de travail regroupant des infirmières, des médecins, des chirurgiens, des pharmaciens et des experts en recherche quantitative a été mis sur pied pour réfléchir à cette question. De leurs travaux est né le projet « Moderniser l'administration des analgésiques, valoriser l'autonomie des infirmières et réduire la douleur des patients en période postopératoire grâce à un Algorithme d'Analgésie Multimodale chez l'adulte (AAM-A) : résultats d'une collaboration interprofessionnelle au service des soins ».

UNE INTERVENTION ADAPTÉE AU SEUIL DE DOULEUR

Le projet repose sur un algorithme créé pour aider les infirmières à soulager les personnes opérées en leur administrant des médicaments en fonction de l'intensité de leur douleur, selon une échelle de 10 points. Les infirmières documentent en continu la douleur exprimée par le patient. Après chaque dose d'antidouleur, elles effectuent une nouvelle évaluation dans le but d'alimenter l'algorithme en données afin d'obtenir une analyse de l'évolution de la douleur. À la lumière de ces informations, les infirmières peuvent adapter le plan d'intervention et ajuster la médication à administrer, tout en mesurant l'efficacité des médicaments que le patient a reçus précédemment.

« Ce projet permet aux infirmières en postopératoire de jouer pleinement leur rôle en mettant de l'avant quatre de leurs activités réservées, soit l'évaluation, la surveillance clinique, le suivi infirmier, ainsi que l'administration et l'ajustement de médicaments lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance. Grâce à ce projet, les infirmières ont plus d'autonomie en ce qui a trait à la gestion de la douleur, ce qui leur permet de mettre de l'avant leur jugement clinique, explique Johanne Lapré. Il a également permis aux infirmières d'approfondir leurs connaissances des combinaisons des différents modes analgésiques et de développer le réflexe d'inclure systématiquement l'évaluation régulière de la douleur du patient dans leur intervention.

Depuis l'implantation de l'algorithme, les infirmières se sentent mieux outillées pour soulager la douleur, la consommation d'opiacés des patients en période postopératoire a diminué et les responsables du projet remarquent chez les patients une diminution de la douleur, de l'anxiété, du temps d'attente en vue d'obtenir des analgésiques ainsi que de la durée d'hospitalisation.

Ces résultats ne sont pas encore chiffrés puisque l'algorithme fait toujours l'objet d'une étude. Le succès est cependant suffisamment important pour que la Direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS recommande l'implantation de l'AAM-A sur l'ensemble des unités de soins de l'établissement. ●



« Grâce à ce projet, les infirmières ont plus d'autonomie en ce qui a trait à la gestion de la douleur, ce qui leur permet de mettre de l'avant leur jugement clinique. »

+
WHITE CROSS

Justine, membre de l'OIIQ

www.whitecross.quebec



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

L' enjeu de l'accès des personnes réfugiées aux soins de santé

Les réfugiés se retrouvent parmi les personnes aux besoins de santé non comblés. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, l'interruption dans le continuum de soins et de services de santé rend les réfugiés encore plus vulnérables en raison du manque d'accès au système de santé et de services sociaux dans leur pays d'accueil (2019). S'appuyant sur l'expertise infirmière, une équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a mis sur pied un projet clinique pour favoriser l'accès des réfugiés de son territoire à des soins de santé.



La chargée de projet
Stéphanie Charest, chef de
service à la Direction des
soins infirmiers du CIUSSS
de l'Estrie – CHUS et elle-
même IPSPL.

Ce projet vise à améliorer et à adapter l'accès des soins et des services de santé aux personnes vulnérables de Sherbrooke, dont les personnes réfugiées, par la mise en œuvre d'un réseau intersectoriel, avec les différents acteurs de la communauté et la Clinique des réfugiés. Il se déploiera dans deux quartiers de Sherbrooke comptant une représentation importante de personnes réfugiées.

Les résultats d'une recherche-action réalisée auprès de cette population (Maillet, et al., en 2017) ont montré qu'il était prioritaire de mettre en œuvre un réseau intégré de soins et de services de santé de proximité pour les personnes réfugiées, souvent isolées, en mobilisant les ressources nécessaires – dont l'infirmière clinicienne et l'IPSPL, qui détiennent la formation, les connaissances et les compétences pour répondre aux besoins spécifiques de cette population –, afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins à leur intention. En effet, bien qu'il existe diverses ressources destinées aux personnes réfugiées à travers le Québec, le manque de continuité des soins et des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux contribue à accentuer leur vulnérabilité.

Reconnaissant le rôle essentiel de la pratique infirmière de première ligne auprès des personnes réfugiées, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a attribué sa subvention *Pour mieux soigner* 2019 au projet « Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès des personnes réfugiées ». « Le soutien financier de 225 000 \$ de la Fondation permettra de soutenir

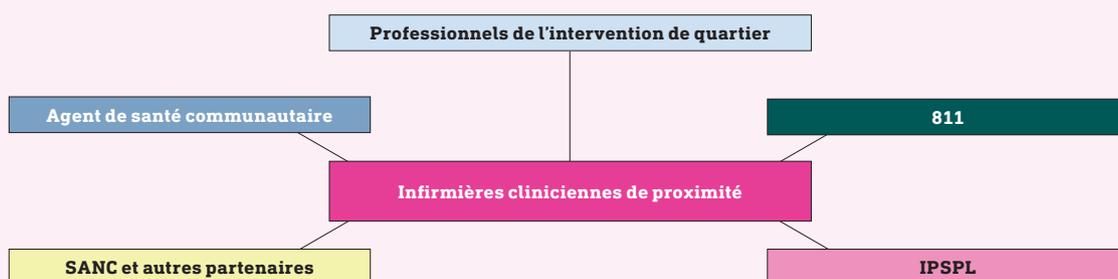
l'implantation et l'évaluation continue du premier réseau intersectoriel au Québec centré sur les rôles des infirmières cliniciennes de proximité et des IPSPL », souligne la chargée de projet Stéphanie Charest, chef de service à la Direction des soins infirmiers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS et elle-même IPSPL.

« Dans ce projet, les compétences infirmières jouent un rôle essentiel auprès de personnes réfugiées vivant en situation de précarité et présentant des besoins spécifiques, précise Lyne Tremblay, infirmière et présidente de la Fondation de l'OIIQ. Leur accompagnement se fait dans une approche interculturelle et globale de la santé, de sorte que toutes les ressources nécessaires pour favoriser leur bien-être et leur intégration soient déployées. »

UN ENJEU DEVENU QUOTIDIEN

Parmi les 14 cliniques des réfugiés au Québec, celle de Sherbrooke est très active. Les cliniques des réfugiés visent à rendre les soins et les services de santé accessibles aux réfugiés nouvellement arrivés. Elles représentent donc un point d'ancrage dans le système de santé. À Sherbrooke seulement, la clinique a accueilli plus de 4 000 personnes depuis son ouverture en 2009. Mais ces cliniques ne font pas de prise en charge ni de suivi. En revanche, elles permettent de faire un bilan de santé et de bien-être des personnes dans les premiers mois de leur arrivée. Elles sont ensuite inscrites au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF). La plupart d'entre elles se retrouvent donc à consulter aux urgences pour des problèmes de santé non urgents.

Figure 1
RÉSEAU INTÉGRÉ DE PROXIMITÉ



Légende : SANC : Service d'aide aux Néo-Canadiens; IPSPL : infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.
Source : conçu par l'équipe du projet clinique.

PREMIER RÉSEAU INTERSECTORIEL CENTRÉ SUR L'INFIRMIÈRE

La mission de ce projet consistera à implanter le premier réseau intersectoriel de proximité au Québec visant à assurer la continuité des trajectoires de soins et de services aux personnes réfugiées de Sherbrooke, tout en déployant une étendue de pratique infirmière innovante en première ligne.

L'infirmière clinicienne et l'IPSPL seront au cœur de l'implantation de ce réseau sectoriel dans des services de proximité du CIUSSS déjà existants, appelés interventions de quartier. À Sherbrooke, ce type d'intervention a été mis en œuvre dans les quartiers Jardins-Fleuris et Des Grands-Monts, où vit une clientèle vulnérable composée de gens dont les besoins psychosociaux sont grands, mais qui ont peu recours aux services de santé et aux services sociaux, dont des réfugiés. Ces quartiers densément peuplés sont géographiquement plus isolés des services.

Dans ce contexte, l'étendue de la pratique de l'infirmière clinicienne en première ligne sera pleinement mise à profit, notamment les activités suivantes :

- l'évaluation de la condition physique et mentale de la clientèle;
- l'enseignement à la clientèle et aux familles, ainsi que la promotion et la prévention;
- la surveillance clinique;
- l'accessibilité et la continuité des soins en coordonnant les services requis entre la communauté et le réseau de la santé et des services sociaux.

Avec l'aide des partenaires du Service d'aide aux Néo-Canadiens (SANC) et d'interprètes, l'IPSPL et l'infirmière clinicienne pourront répondre aux besoins de santé courants et ponctuels des patients par l'exercice d'une pratique infirmière avancée et d'activités médicales. Si la situation du patient le nécessite, elle fera appel à son médecin partenaire ou adressera le patient à d'autres ressources du réseau. « Cette amélioration des soins et des services auprès des réfugiés sera possible grâce, entre autres, à l'articulation et au déploiement simultanés du rôle optimal de l'infirmière clinicienne et de l'IPSPL, qui devront impérativement bénéficier de conditions favorables pour déployer leur pleine étendue de pratique », fait valoir Stéphanie Charest.

L'expertise infirmière pour cette clientèle est également accessible – pour les problèmes non urgents – par l'entremise du service de consultation téléphonique 811, grâce à la mise en place d'une ligne dédiée aux allophones, dont les réfugiés et les demandeurs d'asile. Cette ligne offre l'accès rapide à une banque d'interprètes.

COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Il va sans dire que ce projet repose entièrement sur la collaboration intra et interprofessionnelle. L'amélioration des soins et des services, tout comme le déploiement de l'étendue de pratique de l'infirmière à son plein potentiel, ne peuvent se concrétiser que grâce au travail interdisciplinaire au sein du réseau intersectoriel et avec l'équipe en place, forte d'une expérience de plusieurs années d'intervention dans les quartiers Jardins-Fleuris et Des Grands-Monts à Sherbrooke.

Les résultats de la recherche citée précédemment concluent que la constitution d'un réseau intersectoriel de proximité (Figure 1) regroupant IPSPL, infirmières cliniciennes de proximité, travailleurs sociaux, organisateurs communautaires et médecins représente une solution innovatrice qui place les besoins des personnes vulnérables au cœur des préoccupations de tous. Les institutions, les organismes communautaires et la municipalité, notamment, sont parties prenantes de ce réseau intersectoriel.

POTENTIEL DE TRANSFERT

La subvention de la Fondation est attribuée pour une période de deux ans en vue d'assurer un développement à long terme de ce projet clinique novateur, lequel a un fort potentiel de transfert à d'autres contextes et fera aussi l'objet d'un projet de recherche, coordonné conjointement par des chercheuses et professeurs de l'École nationale d'administration publique et de l'Université de Montréal. Ce dernier a pour but d'évaluer les retombées sur l'accessibilité aux soins de santé, la réponse aux traitements ainsi que la continuité des soins et services offerts dans un souci d'équité et de justice sociale.

L'amélioration des services de première ligne pour les personnes réfugiées est un enjeu quotidien de plus en plus présent au Québec. En misant sur le déploiement optimal de l'étendue de pratique infirmière dans une perspective interdisciplinaire, dans le cadre d'un réseau intersectoriel et à partir des interventions de quartier, ce projet a l'ambition d'offrir une solution innovante. ●

L'attribution de la subvention Pour mieux soigner est rendue possible grâce à la générosité des donateurs de la Fondation de l'OIIQ.

RÉFÉRENCES

Maillet, L., Manceau, L.-M., Desjardins, F., Gagnon, S., Naraziah, L., Beaulieu, G., ... Kanku, C. D. (À paraître). «Research through action: Research protocol on the implementation of an integrated place-based primary intervention in a multicultural context.» BMJ Open.

Organisation mondiale de la Santé (2019). «10 éléments à savoir sur la santé des réfugiés et des migrants.» Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/10-things-to-know-about-the-health-of-refugees-and-migrants>



Lisa Landry, infirmière clinicienne à la clinique des réfugiés ainsi qu'en proximité dans les interventions de quartier, avec le petit Matias, réfugié de la Colombie arrivé au Québec il y a quelques mois.



© Shutterstock / Monkey Business Image / Dmytro Zinkevych

PÉDIATRIE

Comprendre le développement du langage chez le tout-petit

L'objectif de cet article est de sensibiliser les infirmières aux grandes étapes du développement du langage, aux signes de difficulté et aux moyens de stimulation à privilégier. En effet, les parents ont souvent de nombreuses questions sur ces sujets. Ainsi, dans leur travail quotidien auprès des familles, les infirmières auront davantage de points de repère.

par **JESSICA LESAGE, M. P. O.**, orthophoniste, et **PATRICIA GERMAIN, inf., Ph. D.**

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

Le développement du langage est l'un des accomplissements les plus remarquables et les plus importants durant la petite enfance. Le bébé communique avec les personnes familières par ses sourires, ses cris et ses pleurs. Rapidement, il passe du babillage à ses premiers mots, puis à ses premières phrases, jusqu'à entretenir une simple conversation avec l'adulte à l'entrée à la maternelle. À ce moment, l'enfant maîtrise assez le langage pour se faire comprendre de tout le monde. Cette acquisition lui permet de maintenir ses relations sociales avec ses pairs et d'apprendre. Le langage constitue l'un des fondements de la réussite scolaire.

Le rythme du développement varie d'un enfant à l'autre, notamment selon la quantité de vocabulaire et la qualité du langage auxquelles il est exposé. Toutefois, les habiletés s'amplifient en suivant une certaine séquence. L'acquisition du langage est un mécanisme fort complexe, puisqu'il comprend l'expression et la compréhension du langage. Au cours des deux premières années de vie de l'enfant, il existe un décalage entre ce qu'il comprend et ce qu'il exprime. (Nous reviendrons sur cet aspect dans l'article de cette série portant sur le développement cognitif.)

Les grandes étapes du développement du langage et ses mécanismes sous-jacents sont souvent décrits selon leurs différents sous-domaines : la phonologie (les sons de la parole), le lexique et la sémantique (les mots et les liens entre eux), la morphologie et la syntaxe (la structure de la phrase et la grammaire), le discours (la narration, la description, l'explication) et la pragmatique

(l'interaction sociale et les règles de conversation). Le **Tableau 1** présente une synthèse des grands jalons du développement de la communication et du langage, de la naissance à l'entrée à l'école.

Dès les premiers mois de sa vie

Le bébé communique par ses pleurs, ses regards, ses sourires, ses vocalisations, puis par son babillage et ses gestes. Peu à peu, la communication devient intentionnelle, et le bébé est capable d'attention conjointe (c'est-à-dire d'alterner son regard entre un objet et le regard de l'adulte afin de lui manifester son intérêt envers cet objet). Il coordonne ainsi son attention visuelle avec celle d'un adulte sur les objets et événements.

Vers 12 à 18 mois

L'enfant prononce ses premiers mots, parfois combinés à des gestes (*bye bye*). Ces mots sont les plus significatifs pour lui, comme les personnes familières (*maman, papa*), les objets usuels et les mots fonction (*encore, parti*). Plusieurs onomatopées concernant les noms d'animaux (*meuh!, wouf!*) et les moyens de transport (*vroum!, tchou-tchou!*) comptent aussi parmi les premiers mots des tout-petits.

Vers l'âge de 2 ans

L'enfant possède assez de mots (une centaine en moyenne) pour produire de petits énoncés de deux ou trois mots (*moi capable, encore pomme*).

Tableau 1
REPÈRES DE 0 À 5 ANS : DÉVELOPPEMENT DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE

	VOLET RÉCEPTIF (CE QU'IL COMPREND)	VOLET EXPRESSIF (CE QU'IL EXPRIME)
De la naissance à 1 an	<ul style="list-style-type: none"> Sursaute aux bruits forts et s'apaise avec une voix familière. Semble apprécier la musique et les jouets sonores. Commence à comprendre le lien de cause à effet. Cherche un objet hors de sa vue. Autour de 1 an, comprend la question « Où? », de courtes consignes de la routine, le « non »... Réagit à l'appel de son prénom. 	<ul style="list-style-type: none"> Établit le contact visuel, est capable de poursuite visuelle et sourit. Gazouille, puis joue avec sa bouche et sa voix. Pleure différemment ou émet des sons différents selon ses besoins et états. Après 6 mois, babille de plus en plus (« ma-ma, ga-ga... »), en émettant des sons variés. Utilise des gestes comme montrer du doigt un objet ou une image; tend les bras vers l'adulte à 1 an. Imite des gestes et des sons (p. ex. : <i>salut, fait bravo</i>).
De 1 à 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> Suit des consignes en deux étapes : « Prends l'oursin et donne-le à papa. » Désigne plusieurs parties du corps sur demande. Répond par des mots ou des gestes à des questions simples en contexte : « Où? », « Qu'est-ce que c'est? », « Qui? »... Comprend des notions plus abstraites avec indices, comme « dedans, en haut, en bas, sur... ». Joue à faire semblant avec ses jouets (p. ex. : <i>donne à boire à une poupée</i>). Aime regarder des livres simples avec l'adulte et montre du doigt des images. 	<ul style="list-style-type: none"> Imite les bruits d'animaux. Utilise quelques mots à 12 mois et environ une centaine à 24 mois. Combine deux mots dans de courtes phrases : « auto papa », « encore lait » vers 2 ans. Commence à utiliser le pronom « moi » vers 2 ans. Commence à utiliser la négation « pas... » « non... ». Dit plus de mots chaque semaine vers 24 mois. Aime être avec d'autres enfants, offre des jouets à ses amis, imite les gestes et les mots des autres enfants et des adultes.
De 2 à 3 ½ ans	<ul style="list-style-type: none"> Suit les consignes plus longues et a besoin de moins d'indices (p. ex. : « Va chercher ton pyjama sur ton lit et apporte-le-moi. »). Comprend de plus en plus de questions : « Qui est-ce?, Qu'est-ce que c'est? Avec qui, avec quoi, pourquoi? » Comprend de plus en plus de mots et de notions plus abstraites (p. ex. : émotions, couleurs, quantité, espace...). Joue à faire semblant (p. ex. : <i>de préparer un repas, de réparer une voiture, de jouer au docteur</i>). S'intéresse aux histoires qui lui sont racontées Tient un livre et tourne les pages. 	<ul style="list-style-type: none"> Vit une période d'explosion du langage vers 2 ½ ans; exprime beaucoup de mots (on ne peut plus les compter!). Combine trois ou quatre mots, comme « Je veux du lait », « Maman est partie travailler » Utilise davantage les mots grammaticaux (est, un, le, mon, on...). Produit plusieurs phrases simples. Produit encore des erreurs de prononciation, mais, vers 3 ans, se fait comprendre environ 75 % du temps par des adultes moins familiers. Pose des questions et commence à rapporter des faits, à raconter de courtes histoires simples, à commenter ses jeux.
De 3 ½ à 5 ½ ans	<ul style="list-style-type: none"> Comprend des consignes plus complexes, sans indices. Répond à des questions comme « Quand?, Combien? Comment?... ». Suit bien les conversations. Peut écouter une histoire et répondre à des questions qui s'y rapportent. Comprend des devinettes simples. Reconnaît quelques lettres. 	<ul style="list-style-type: none"> Produit des phrases plus longues et complexes. Prononce assez bien pour se faire comprendre de tout le monde, dans tous les contextes. Utilise les mots grammaticaux (pronoms, déterminants...). Exprime plusieurs mots sans hésiter; a un vocabulaire riche et varié. Utilise le langage à plusieurs fins : pose des questions, répond aux questions, rapporte des faits, explique, décrit, raconte, élabore des scénarios dans ses jeux...

Source : Conçu par les auteures à partir d'études sur le développement du langage chez l'enfant.



Miser sur les activités d'éveil à l'écrit, comme lire, parler, chanter et jouer, constitue une façon simple de promouvoir le développement du plein potentiel de tous les enfants, y compris ceux qui éprouvent des difficultés.

De 2 à 4 ans

Le vocabulaire s'enrichit à un tel rythme qu'il devient difficile de compter les mots utilisés par l'enfant. Il est en mesure de produire des énoncés de plus en plus longs et complets sur le plan grammatical (ajout de déterminants, de pronoms, de marqueurs du pluriel ou du féminin).

Vers 4 ou 5 ans

L'enfant maîtrise essentiellement la phonologie (plusieurs sons du français) et la grammaire de sa langue. Son vocabulaire compte déjà des milliers de mots. À l'âge préscolaire, l'enfant peut utiliser le langage aux fins d'autocontrôle, converser sur différents thèmes, rapporter des faits et raconter de courtes histoires. Quelques erreurs persistent (substitutions de sons, inexactitude dans l'utilisation de certains temps de verbes), mais l'enfant devrait se faire comprendre par tout le monde, en tout temps.

Et plus tard...

Le développement du langage ne s'arrête pas à cinq ans! Les habiletés linguistiques orales sont la base de la lecture et de l'écriture. Les habiletés de décodage et de compréhension du langage déterminent la capacité de saisir un texte. Le décodage des mots repose sur la perception adéquate de la parole, la justesse de la prononciation des sons de la parole, les habiletés de compréhension de la combinaison des sons pour former des mots, ainsi que la richesse et la diversité du vocabulaire. Les lectures de l'enfant deviennent sa plus grande source d'apprentissage de nouveaux mots et de concepts, de structures de phrases plus complexes et de discours variés (p. ex. : textes narratifs ou informatifs). Ainsi, la modalité orale du langage contribue aux apprentissages en lecture et en écriture et, inversement, la lecture favorise le développement des compétences langagières.

DÉTECTION DES DIFFICULTÉS ET INTERVENTION PRÉCOCE

Les plus récents résultats de l'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle montrent que 11 % des enfants sont vulnérables dans le domaine du « développement cognitif et langagier », et qu'une même proportion éprouve des difficultés dans le domaine des « habiletés de communication et connaissances générales ». Au-delà du nombre de jeunes enfants ayant à surmonter des obstacles sur le plan du langage et de la communication avant l'âge scolaire, les conséquences à long terme de ces difficultés montrent l'importance des programmes d'intervention précoce. Les habiletés de langage et de communication jouent un rôle essentiel dans de nombreuses sphères de la vie, notamment dans les interactions sociales, l'estime de soi, les apprentissages, les loisirs, la réussite éducative, et plus tard, le travail.

En outre, les enfants ayant un trouble du langage sont plus souvent atteints d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et de troubles anxieux durant l'enfance et l'adolescence. Les mauvaises aptitudes verbales sont liées aux problèmes de comportement, surtout chez les garçons. Les jeunes peuvent aussi éprouver des difficultés dans leurs rapports avec les autres et être victimes d'intimidation ou de rejet. En somme, les enfants ayant des troubles précoces du langage risquent davantage d'éprouver des problèmes sociaux, affectifs et comportementaux, ainsi que des difficultés d'apprentissage.

Par ailleurs, un enfant qui tarde à parler ou qui a des difficultés en commençant à parler sont parmi les raisons les plus courantes incitant les parents à consulter un professionnel de la santé. Il est à noter que les atteintes sur les plans de la communication, du langage et de la parole peuvent être spécifiques, comme pour le trouble développemental du langage (que l'on appelait « dysphasie » jusqu'à récemment) et le trouble du développement des sons de la parole. Ces préjugés peuvent aussi être associés à d'autres difficultés, comme des déficiences auditive, intellectuelle ou motrice, un trouble du spectre de l'autisme et plusieurs autres.

Des difficultés de communication ou de langage en bas âge s'avèrent donc un indicateur précoce d'un problème plus large, comme un retard de développement ou un trouble du spectre de l'autisme.

Deux des signaux mentionnés dans le **Tableau 2** sont considérés comme de bons indicateurs pour détecter des difficultés dans l'acquisition du langage expressif chez les enfants de deux ans : un vocabulaire expressif restreint (moins de 50 mots) ou l'absence de combinaison de mots. Les enfants de cet âge présentant un délai dans l'acquisition du langage expressif sont deux à cinq fois plus susceptibles de présenter un trouble du langage persistant jusqu'au primaire. Il est important de ne pas négliger ce type de difficulté, même si la moitié de ces enfants auront des habiletés langagières dans la norme au moment de commencer l'école. Il faut se rappeler que, parmi eux, plusieurs risquent d'éprouver des problèmes de langage persistants ou même des troubles du développement plus sérieux.

Chez les enfants présentant des difficultés de développement du langage, une intervention précoce est essentielle pour améliorer les habiletés et réduire le risque de problèmes sociaux, affectifs et comportementaux. Il est donc nécessaire d'orienter les parents vers des ressources professionnelles, notamment en orthophonie. L'orthophoniste est le professionnel de la santé qui prévient, dépiste, évalue et traite les problèmes de communication, de parole et de langage. En collaboration avec la famille, et les autres intervenants qui gravitent autour de l'enfant, l'orthophoniste déterminera les forces et les défis de communication de l'enfant. Un plan individualisé sera

établi et des moyens seront mis en œuvre pour favoriser le développement de ses habiletés de communication, lui permettant ainsi de se réaliser.

LIRE, CHANTER, JOUER... ET COMMUNIQUER!

Les professionnels de la santé doivent accompagner les parents et les diriger vers les meilleures pratiques favorisant le développement des habiletés de langage et d'éveil à l'écrit de leur enfant de moins de cinq ans,

surtout en cas de difficultés de langage. Parmi ces pratiques, la **fréquence** de participation de l'enfant à des activités favorisant la communication (lire de manière interactive, jouer, chanter, se faire raconter une histoire), la **qualité des interactions parent-enfant** (stimulation par les parents, sensibilité et réceptivité à l'égard de l'enfant), ainsi que l'accès à du **matériel d'apprentissage** adapté à son âge (livres, jouets) sont gages de progrès.

Tableau 2
QUELQUES SIGNAUX DE DÉTECTION DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION ET DE LANGAGE

ÂGE APPROXIMATIF	VOLET RÉCEPTIF (CE QU'IL COMPREND)
Vers 1 an	<ul style="list-style-type: none"> • Ne se retourne pas à l'appel de son nom. • Ne montre pas du doigt ou utilise peu de gestes. • Ne babille pas ou très peu. • Ne sourit pas ou démontre peu d'intérêt à l'égard des autres. • N'emble avoir perdu des habiletés langagières ou sociales.
Vers 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Montre peu d'intérêt ou de plaisir à aller vers les autres. • Dit peu de mots. • Utilise davantage les gestes que les mots pour s'exprimer. • Ne répond pas aux questions simples <i>Où est? Qui? Qu'est-ce que c'est?</i> • A de la difficulté à montrer du doigt sur demande des images simples dans un livre.
Vers 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Répète ce que lui dit l'adulte plutôt que de répondre à la question ou de commenter. • S'intéresse peu aux autres enfants du même âge. • Utilise des bruits ou des gestes plutôt que des mots ou des phrases. • Semble chercher ses mots ou utilise souvent des mots imprécis comme « ça », « là ». • Est incompris par ses proches. • Ne s'exprime pas par de courtes phrases. • N'échange pas des tours de parole avec l'adulte.
Vers 4 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Joue peu à « faire semblant ». • Ne comprend pas des notions plus abstraites comme « au-dessus, en dessous, en avant, derrière... ». • Ne peut répondre à une devinette simple : « Quel animal vit à la ferme et donne du lait? ». • Ne maintient pas l'échange, ne répond pas aux questions. • Est incompris des personnes non familières.
Vers 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> • A un jeu imaginaire limité. • Ne maintient pas la conversation avec l'adulte, ne rapporte pas de faits, ne raconte pas d'histoire. • Prononce difficilement les sons et est souvent incompris des personnes non familières. • Produit des phrases souvent incomplètes ou très courtes. • Éprouve des difficultés à comprendre des questions (<i>Pourquoi? Quand? Comment?</i>), des consignes ou des notions plus abstraites.

Source : Conçu par les auteures à partir d'études sur le développement du langage chez l'enfant.



Le plaisir et l'intérêt du jeune enfant pour l'écrit sont les deux composantes les plus importantes de la réussite scolaire. Les enfants ayant des habiletés langagières moins développées ou vivant peu d'expériences d'éveil à l'écrit à la maison sont plus susceptibles de se désintéresser des activités proposées dans d'autres contextes (service de garde, maternelle). Favoriser le plaisir et l'intérêt pour la communication et le monde de l'écrit doit être au cœur des priorités des adultes gravitant autour de l'enfant.

La participation fréquente de l'enfant à des activités comme chanter, réciter des comptines, jouer et se faire raconter des histoires contribue assurément au développement de ses habiletés de langage et d'éveil à l'écrit. La lecture interactive avec un de ses parents, par exemple, enrichit son vocabulaire, développe des compétences touchant la forme du langage (sons et phrases), éveille la conscience de l'écrit et en maintient l'intérêt et le plaisir. Afin d'assurer l'apprentissage, il est important de lire les mêmes livres plus d'une fois et de chanter souvent les mêmes chansons et comptines. Les parents sont invités à visiter leur bibliothèque de quartier pour emprunter des livres et participer à différentes activités favorisant le plaisir devant l'écrit, comme l'heure du conte.

La qualité de l'interaction de l'enfant avec ses parents joue un rôle essentiel dans le développement précoce du langage du tout-petit. La diversité et la richesse du vocabulaire pour s'adresser à leur enfant comptent parmi les principaux éléments permettant de prédire le développement de son langage durant ses premières années. Les parents qui adoptent de bonnes attitudes communicatives en répondant aux tentatives de communication de leur enfant (parents qui commentent, suivent ses intérêts, ajoutent du langage sur ses gestes et ses mots, et posent des questions) contribuent indubitablement à son épanouissement. Des activités authentiques et significatives, comme raconter une histoire, chanter et jouer, favorisent une interaction de qualité.

Enfin, il a été démontré que le fait de fournir du matériel d'apprentissage à l'enfant (des livres, du papier et des crayons, du matériel aidant aux jeux de rôle) facilite son développement langagier et ses apprentissages. Ce type de matériel permet des échanges entre les enfants, et entre l'enfant et l'adulte, et sert d'outil pour stimuler la conversation sur un sujet d'intérêt commun : les illustrations d'un livre, des figurines, les pièces d'un jeu de construction, etc. En outre, l'accès à du matériel encourageant le jeu symbolique (menu, bloc-notes et crayons pour jouer au restaurant, livre de recettes et jouets en forme d'aliments dans le coin cuisine, boîte aux lettres pour faire semblant de s'écrire des messages) est associé au développement d'habiletés sur le plan de la compréhension du langage tout en incitant l'intérêt et une attitude positive envers le langage et l'écrit. Le matériel d'apprentissage étant somme toute peu coûteux, il est possible de suggérer plusieurs idées aux parents. Ceux-ci sont aussi invités à se rendre à leur bibliothèque publique et à visiter les organismes communautaires Famille (OCF) de leur secteur pour accéder à des environnements favorables aux apprentissages tout en étant le plus souvent gratuits.

CONCLUSION

Les infirmières, surtout celles œuvrant en première ligne ou en petite enfance, sont souvent les premières professionnelles de la santé rencontrées par les familles. Leur 17^e activité réservée est énoncée ainsi : « Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement. » Elles ont donc un rôle important auprès des parents en les soutenant dans le développement du langage de leur enfant. Miser sur les activités d'éveil à l'écrit, comme lire, parler, chanter et jouer, constitue une façon simple de promouvoir le plein potentiel de tous les enfants, y compris ceux qui éprouvent des difficultés. Le travail en interdisciplinarité se révélera essentiel et l'expertise des orthophonistes, fort précieuse pour aider les enfants ayant de plus grands défis à relever. ●



DES FORMATIONS OIIQ POUR ALLER PLUS LOIN

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

FEP

Une faculté sur mesure



ICI, ÉTUDIEZ POUR ATTEINDRE LE PROCHAIN ÉCHELON.

Informez-vous sur nos certificats reconnus par votre convention collective.

> ADMISSION EN COURS

fep.umontreal.ca/infirmiere

Faculté de l'éducation permanente



Université de Montréal
et du monde.

LES AUTEURES

JESSICA LESAGE

M. P. O. (maîtrise professionnelle en orthophonie).

Orthophoniste, professeure et directrice de comité de programme de cycles supérieurs du Département d'orthophonie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

PATRICIA GERMAIN

Inf., Ph. D.

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

RÉFÉRENCES

DU BABILLAGE AU BAVARDAGE : L'IMPRESSIONNANT DÉVELOPPEMENT DU LANGAGE!

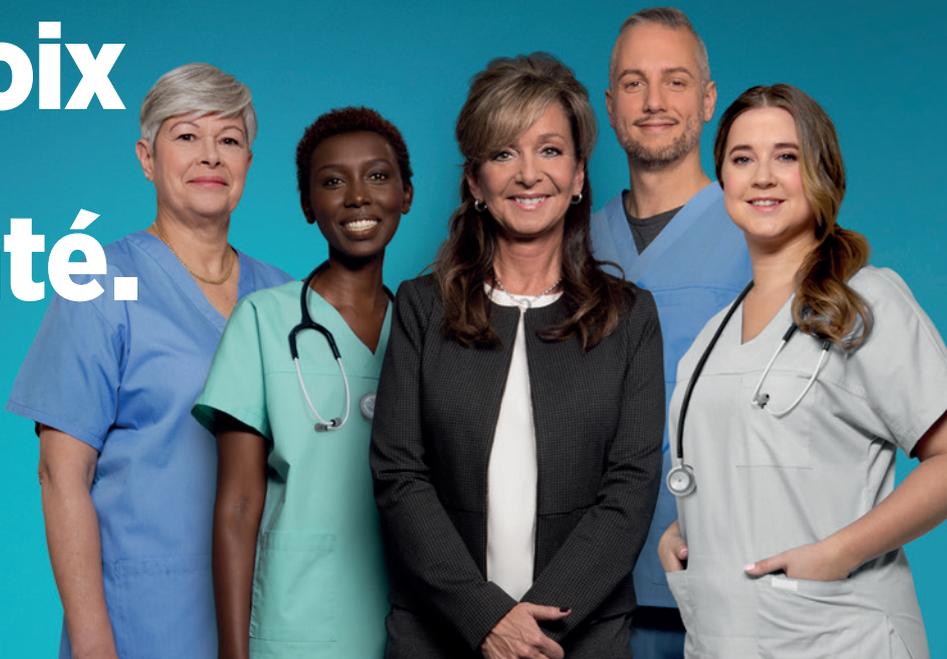
- «Daviault, D. (2011). «L'émergence et le développement du langage chez l'enfant». Montréal: Chenelière Éducation.
- «Développement du langage et alphabétisation – Synthèse». (2018). Dans R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De V. Peters et S. Rvachew (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
- Dickinson, D. K., McCabe, A., Anastasopoulos, L., Peisner-Feinberg, E. S. et Poe, M. D. (2003). «The comprehensive language approach to early literacy: The interrelationships among vocabulary, phonological sensitivity, and print knowledge among preschool-aged children». *Journal of Educational Psychology*, 95(3), 465-481.
- Hoff, E. (2009). «Le développement du langage en bas âge: les mécanismes d'apprentissage et leurs effets de la naissance à cinq ans». Dans R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De V. Peters et S. Rvachew (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Oakhill, J. V. et Cain, K. (2012). «The precursors of reading ability in young readers: Evidence from a four-year longitudinal study». *Scientific Studies of Reading*, 16(2), 91-121.
- Rvachew, S. et Savage, R. (2006). «Preschool foundations of early reading acquisition». *Pediatrics & Child Health*, 11(9), 589-593.
- Sénéchal, M., Ouellette, G. et Rodney, D. (2006). «The misunderstood giant: On the predictive role of vocabulary to future reading». Dans S. B. Neuman et D. K. Dickinson (dir.), *Handbook of early literacy research*: Vol. 2. (p. 173-182). New York: Guilford Press.
- Trudeau, N. et Sutton, A. (2011). «Expressive vocabulary and early grammar of 16- to 30-month-old children acquiring Quebec French». *First Language*, 31(4), 480-507.
- Cohen, N. J. (2010). «L'impact du développement du langage sur le développement psychosocial et affectif des jeunes enfants». Dans R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De V. Peters et S. Rvachew (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [En ligne: <http://www.enfant-encyclopedie.com/developpement-du-langage-et-alphabetisation/selon-experts/impact-du-developpement-du-langage-sur-le>]
- Dale, P. S. et Patterson, J. L. (2017). «Dépistage précoce des retards de langage». Dans R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De V. Peters et S. Rvachew (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
- Duff, D. et Tomblin, J. B. (2018). «Alphabétisation comme résultat du développement du langage et impact sur le développement psychosocial et affectif des enfants». Dans R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De V. Peters et S. Rvachew (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
- Duncan, G. J., Dowsett, C. J., Claessens, A., Magnuson, K., Huston, A. C., Klebanov, P., ... Japel, C. (2007). «School readiness and later achievement». *Developmental Psychology*, 43(6), 1428-1446.
- Janus, M., Labonté, C., Kirkpatrick, R., Davies, S. et Duku, E. (2017). «The impact of speech and language problems in kindergarten on academic learning and special education status in grade three». *International Journal of Speech-Language Pathology*, 21(1), 75-88.
- Mok, P. L., Pickles, A., Durkin, K. et Conti-Ramsden, G. (2014). «Longitudinal trajectories of peer relations in children with specific language impairment». *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(5), 516-527.
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). (2016). «Les orthophonistes et les audiologistes, partenaires dans l'égalité des chances [Mémoire de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, soumis à la Commission sur l'éducation à la petite enfance le 25 novembre 2016]. Québec: OOAQ.
- Paul, R. et Norbury, C. (2012). «Language disorders from infancy through adolescence: Listening, speaking, reading, writing, and communicating». St. Louis, MO: Elsevier.

Simard, M., Lavoie, A. et Audet, N. (2018). «Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2017». Québec: Institut de la statistique du Québec.

LIRE, CHANTER, JOUER... ET COMMUNIQUER!

- Mol, S. E., Bus, A. G., de Jong, M. T. et Smeets, D. J. H. (2008). «Added value of dialogic parent-child book readings: A meta-analysis». *Early Education and Development*, 19(1), 7-26.
- Rodriguez, E. T., Tamis-LeMonda, C. S., Spellman, M. E., Pan, B. A., Raikes, H., Lugo-Gil, J. et Luze, G. (2009). «The formative role of home literacy experiences across the first three years of life in children from low-income families». *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(6), 677-694.
- Sénéchal, M. et LeFevre, J.-A. (2002). «Parental involvement in the development of children's reading skill: A five-year longitudinal study». *Child Development*, 73(2), 445-460.
- Sénéchal, M. (2006). «Testing the home literacy model: Parent involvement in kindergarten is differentially related to grade 4 reading comprehension, fluency, spelling, and reading for pleasure». *Scientific Studies of Reading*, 10(1), 59-87.
- Shanahan, E. et Lonigan, C. J. (2013). «Early childhood literacy. The National Early Literacy Panel and beyond». Baltimore: Brookes Publishing.
- Tamis-LeMonda, C. S. et Rodriguez, E. T. (2009). «Rôle des parents pour favoriser l'apprentissage et l'acquisition du langage chez les jeunes enfants». Dans R. E. Tremblay, M. Boivin, R. De V. Peters et S. Rvachew (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.
- Vukelich, C., Christie, J. et Enz, B. J. (2012). «Helping young children learn language and literacy: Birth through kindergarten». Boston: Pearson Education.
- Weitzman, E. et Greenberg, J. (2010). «ABC and beyond: Building emergent literacy in early childhood settings». Toronto: Hanen Centre Publication.

Une voix forte en santé.



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

fiqsante.qc.ca





PRISE EN CHARGE EN TRAUMATOLOGIE

Pas d'efficacité sans travail d'équipe

Les accidents de la route, les chutes et les agressions sont des causes fréquentes de traumatismes. Les victimes de ces blessures requièrent une prise en charge rapide et sécuritaire par les professionnels de la santé, car tout délai peut entraîner d'importantes conséquences. Dans les services d'urgence dédiés à la traumatologie, la prise en charge des personnes ayant subi un traumatisme grave pose parfois de nombreux défis. Pour les relever efficacement, il faut pouvoir compter sur un travail d'équipe.

par ALEXANDRA LAPIERRE, inf., M. Sc., JÉRÔME GAUVIN-LEPAGE, inf., Ph. D., et HÉLÈNE LEFEBVRE, inf., Ph. D.

Au Québec, les accidents de la route, les chutes et les blessures intentionnelles, soit auto-infligées ou suite à des agressions, sont les principales causes de décès des jeunes adultes (Institut de la statistique du Québec, 2018). En 2017, 359 personnes ont subi un traumatisme mortel et 1 435, un traumatisme grave pouvant menacer leur pronostic vital ou fonctionnel (INESSS, 2019; SAAQ, 2018). Des blessures telles un traumatisme crânien, une blessure médullaire ou un polytraumatisme, requièrent en moyenne plus de onze jours d'hospitalisation et représentent d'importants coûts sociaux (INESSS, 2019). Au Québec, le fardeau économique annuel des traumatismes est en effet estimé à près de 5,7 milliards de dollars (Parachute, 2015).

Pour réduire les risques de mortalité et de morbidité des personnes ayant subi un traumatisme grave, les professionnels de la santé doivent reconnaître les situations d'urgence et initier les interventions nécessaires, tant lors des soins paramédicaux qu'en centres hospitaliers. Pour assurer une prise en charge efficace, ils doivent travailler en équipe afin d'établir les priorités d'intervention, et ce, en se basant sur les standards de pratique en traumatologie.

PRISE EN CHARGE PRÉHOSPITALIÈRE

Les ambulanciers paramédicaux sont les premiers à évaluer et à intervenir auprès d'une personne

accidentée. Depuis 2016, l'*Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie* (EQTPT) est utilisée pour classer la sévérité des traumatismes. Elle sert aussi à déterminer le centre hospitalier le mieux pourvu pour recevoir le traumatisé (Parent, 2016). Cette échelle propose cinq étapes qui permettent d'identifier rapidement la gravité des blessures nécessitant une prise en charge par une équipe de soins surspécialisée en traumatologie (INESSS, 2018).

À la suite de leur évaluation, les ambulanciers paramédicaux avisent le centre hospitalier receveur de l'arrivée d'un blessé. Ils l'informent de l'étape de l'EQTPT qui correspond à sa situation et transmettent d'autres informations relatives à son état de santé.

Cet exercice est crucial pour que le centre receveur soit prêt à accueillir le blessé. Ainsi, l'équipe de soins est mobilisée, les rôles et les responsabilités de chacun de ses membres sont attribués, la salle de réanimation et le matériel sont préparés. Si nécessaire, le protocole institutionnel pour obtenir un soutien médical additionnel est également activé et le personnel du laboratoire et de la radiologie sont avisés (American College of Surgeons, 2018). Ainsi, la communication entre les ambulanciers paramédicaux et le centre hospitalier permet de mobiliser les membres de l'équipe interprofessionnelle ainsi que les ressources nécessaires avant l'arrivée du patient (Engels et al., 2016).

Tableau 1
ÉVALUATIONS PRIMAIRE (ABCDE) ET SECONDAIRE (FGHI) EN TRAUMATOLOGIE

ÉVALUATION PRIMAIRE	ACRONYME	TRADUCTION LIBRE	TERMES ANGLAIS
	A	Dégagement des voies respiratoires et immobilisation cervicale	<i>Airway maintenance with cervical spine protection</i>
	B	Évaluation de la respiration et de la ventilation	<i>Breathing and ventilation</i>
	C	Évaluation de la circulation et contrôle des hémorragies	<i>Circulation and control of hemorrhage</i>
	D	Évaluation de l'état neurologique	<i>Disability (neurologic status)</i>
	E	Recherche de lésions et contrôle de l'environnement	<i>Exposure and environment control</i>
ÉVALUATION SECONDAIRE			
	F	Reprise des signes vitaux et présence de la famille	<i>Full set of vital signs/ Family presence</i>
	G	Gestion de la douleur	<i>Give comfort measures</i>
	H	Histoire et examen de la tête aux pieds	<i>History and Head-to-toe assessment</i>
	I	Inspection de la face postérieure	<i>Inspect posterior surfaces</i>

Source : Emergency Nurses Association (2014).

PRISE EN CHARGE EN SALLE D'URGENCE

Les bonnes pratiques de réanimation en traumatologie demandent que tous les membres de l'équipe interprofessionnelle travaillent de concert durant la première heure suivant l'admission du blessé afin d'identifier les conditions mettant sa vie en péril et intervenir rapidement. Cette période critique est appelée *golden hour*, puisque les soins reçus durant cette « heure d'or » déterminent souvent le pronostic du patient (American College of Surgeons, 2018).

En général, une équipe en traumatologie compte sept à quinze personnes : médecins, infirmières, inhalothérapeutes, préposés aux bénéficiaires et autres. La taille et la composition des équipes varient grandement d'un service d'urgence à un autre selon la sévérité des blessures du patient, les ressources intrahospitalières disponibles et l'heure de l'événement (Engels et al., 2016).

Dès l'arrivée du patient, l'évaluation primaire en traumatologie est initiée. Selon le programme de formation *Advanced Trauma Life Support®* (ATLS®) (American College of Surgeons, 2018), qui fait acte des lignes directrices en traumatologie, le processus se divise en quatre phases :

1. l'évaluation primaire (ABCDE) (**Tableau 1**);
2. la réévaluation;
3. l'évaluation secondaire (FGHI) (**Tableau 1**);
4. l'orientation définitive, c'est-à-dire le transfert du blessé dans un centre dédié ou dans un service spécifique, par exemple en salle d'opération ou aux soins intensifs.

TRAVAIL D'ÉQUIPE

En traumatologie, il est incontestable que le travail d'équipe interprofessionnel est d'une importance cruciale pour assurer des soins sécuritaires et de qualité à cette clientèle (Civil, 2015, 2016). Khademian et al. (2013) le définissent ainsi :

« La participation active et rapide d'une équipe sous le commandement d'un leader efficace dans les activités visant une prise en charge rapide, holistique et appropriée du patient, tout en priorisant celui-ci, selon une définition de rôle claire, complémentaire et interdépendante qui est facilitée par un espace physique et un contexte de gestion appropriée » [*traduction libre*].

Ainsi, plusieurs éléments sont essentiels à un travail d'équipe efficace, dont la communication, le leadership et la clarification des rôles de chacun (Alonso et al, 2013 ; Civil, 2015).

L'échange d'informations lors de la prise en charge d'un patient est primordial et l'utilisation de techniques de communication, par exemple la communication en boucle fermée, permet aux équipes d'éviter les erreurs (American College of Surgeons, 2018).

L'influence des leaders, médical et infirmier, et l'attribution claire et appropriée des tâches et des rôles de chacun sont aussi essentielles au bon fonctionnement de l'équipe (American College of Surgeons, 2018). Par exemple, un médecin, et un seul, doit assurer le rôle du *trauma team leader*, un rôle qui s'apparente à celui d'un chef d'orchestre. Il coordonne l'équipe dans le temps et l'espace et prend l'ensemble des décisions relatives

Tableau 2
FACTEURS INFLUENÇANT LE TRAVAIL D'ÉQUIPE EN TRAUMATOLOGIE

CATÉGORIES	FACTEURS INFLUENÇANT	
Facteurs individuels	L'expérience clinique La mise à jour des connaissances	L'état physique ou émotionnel
Facteurs relationnels	La communication La composition de l'équipe	Les rôles Les relations interpersonnelles
Facteurs procéduraux	L'environnement Le quart de travail	Les protocoles et procédures institutionnels L'urgence d'agir
Facteurs organisationnels	Le soutien	Les priorités
Facteurs contextuels	Les aspects politiques	Les aspects économiques

Source : Adapté de Lapierre et al., 2019 (sous presse).

aux traitements du patient. Par ailleurs, de plus en plus d'études démontrent les bénéfices d'avoir une infirmière leader en traumatologie (*nurse trauma leader*) bien que cette pratique ne soit pas encore répandue dans tous les milieux cliniques (Clements et al., 2015 ; Polovitch et al., 2019)

Or, même si tous les professionnels en traumatologie semblent considérer que le travail d'équipe améliore l'efficacité de la prise en charge du patient, plusieurs études soulignent un manque de

collaboration représentant un enjeu majeur pour la qualité des soins prodigués (Ivatury et al., 2008 ; Sarcevic et al., 2012). En fait, faire partie d'une équipe en traumatologie ne garantit pas un travail d'équipe efficace (Civil, 2015). Il faut plutôt mettre de l'avant des stratégies, par exemple des formations ou des périodes de débriefing, pour parvenir à fonctionner le plus efficacement possible (Weller et al., 2014). Pour cela, il importe aussi de connaître les différents facteurs influençant le travail d'équipe.

FACTEURS INFLUENÇANT LE TRAVAIL D'ÉQUIPE

Une étude qualitative exploratoire auprès d'une équipe de soins en traumatologie d'un centre hospitalier du Québec a récemment identifié cinq grandes catégories de facteurs influençant le travail d'équipe en traumatologie : individuels, relationnels, procéduraux, organisationnels et contextuels (Lapierre et al., 2019, sous presse). (Tableau 2).

Les facteurs identifiés dans cette étude font écho aux résultats de recherches antérieures portant sur le travail d'équipe dans les établissements de santé, notamment les facteurs individuels, relationnels et procéduraux (Al Sayah et al., 2014).

Par ailleurs, les résultats de l'étude de Lapierre et al. (2019) mettent de l'avant les particularités du contexte de soins en traumatologie, soit sa nature imprévisible et dynamique, les importantes contraintes de temps et la présence indispensable d'un leader médical et infirmier. Ces résultats confirment que de nombreux facteurs ont une incidence sur le travail d'équipe en traumatologie et que, conséquemment, travailler en équipe de façon efficace n'est pas chose simple.

CONCLUSION

Comme infirmiers et infirmières travaillant en traumatologie à l'urgence, il importe de réfléchir sur les pratiques actuelles du travail d'équipe et ses impacts sur la prise en charge d'un patient. Il faut se pencher également sur les facteurs qui influencent la collaboration et sur lesquels il serait possible d'intervenir. Ces réflexions pourraient contribuer à la mise en place de solutions innovantes pour améliorer le travail d'équipe et assurer la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients lors de leur prise en charge en traumatologie. ●



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 !
chsl_d_rh@residencessoleil.ca • 555 Tiffin, Saint-Lambert

LES AUTEURS

ALEXANDRA LAPIERRE
Inf., M. Sc.

Étudiante au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et professionnelle de recherche au centre de recherche de l'Hôpital du Sacré Cœur de Montréal.

JÉRÔME GAUVIN-LEPAGE
Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheur régulier au centre de recherche du Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine.

HÉLÈNE LEFEBVRE
inf., Ph. D.

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

RÉFÉRENCES

- Al Sayah, F., Szafran, O., Robertson, S., Bell, N. R. et Williams, B. (2014). «Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting». *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2968-2979.
- Alonso, A. et Dunleavy, D. M. (2013). «Building teamwork skills in healthcare: The case for communication and coordination competencies». Dans E. Salas et K. Frush (dir.), *Improving patient safety through teamwork and team training* (p. 41-58). New York: Oxford University Press.
- American College of Surgeons. (2018). *ATLS—Advanced Trauma Life Support: Student course manuel* (10e éd.). Chicago: American College of Surgeons.
- Civil, I. (2015). «Teamwork in trauma: Simply being part of a team is not enough!». *Injury*, 46(5), 773-774.
- Civil, I. (2016). «Are non-technical skills relevant for the delivery of high quality trauma care?». *Injury*, 47(9), 1875-1876.
- Clements, A., Curtis, K., Horvat, L. et Shaban, R. Z. (2015). «The effect of a nurse team leader on communication and leadership in major trauma resuscitations». *International Emergency Nursing*, 23(1), 3-7.
- Emergency Nurses Association. (2014). *Trauma Nursing Core Course (7e éd.)*. Des Plaines, IL: Emergency Nurses Association.
- Engels, P. T., Paton-Gay, D. J. et Tien, H. C. (2016). «Trauma team structure and organization». Dans L. M. Gillman, P. G. Brindley, S. Widder et D. Karakitsos (dir.), *Trauma team dynamics: A trauma crisis resource management manual* (p. 47-54). Suisse: Springer.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). «Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie». Québec: INESSS. Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/EQTPT/Echelle-triage-prehospitalier-SEPT-2016.pdf>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2019). «Portrait du réseau québécois de traumatologie adulte: 2013 à 2016». Québec: INESSS.
- Institut de la statistique du Québec. (2018). «Le bilan démographique du Québec». Québec: Gouvernement du Québec.
- Ivatury, R. R., Guilford, K., Malhotra, A. K., Duane, T., Aboutanos, M. et Martin, N. (2008). «Patient safety in trauma: Maximal impact management errors at a level I trauma center». *The Journal of Trauma*, 64(2), 265-270.
- Khademian, Z., Sharif, F., Tabei, S. Z., Bolandparvaz, S., Abbaszadeh, A. et Abbasi, H. R. (2013). «Teamwork improvement in emergency trauma departments». *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(4), 333-339.
- Lapierre, A., Lefebvre, H. et Gauvin-Lepage, J. (2019). «Factors affecting interprofessional teamwork in emergency department care of polytrauma patients: Results of an exploratory study». *Journal of Trauma Nursing*, sous presse.
- Parachute. (2015). «The cost of injury in Canada». Toronto: Parachute (A national Canadian charity for injury prevention).
- Parent, F. (2016). «Échelle de triage préhospitalier en traumatologie». Communication présentée au Colloque régional de traumatologie. Trois-Rivières, QC: CIUSSS Mauricie/Centre-du-Québec. Repéré à <http://ciussmccq.ca/telechargement/270/colloque-traumatologie-evolution-du-triage-en-prehospitalier-de-l-ipt-a-l-echell/>
- Polovitch, S., Muertos, K., Burns, A., Czerwinski, A., Flemmer, K. et Rabon, S. (2019). «Trauma nurse leads in a level I trauma center: Roles, responsibilities, and trauma performance improvement outcomes». *Journal of Trauma Nursing*, 26(2), 99-103.
- Sarcevic, A., Marsic, I. et Burd, R. S. (2012). «Teamwork errors in trauma resuscitation». *ACM Transactions on Computer-Human Interaction*, 19(2), 1-30.
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). (2018). «Bilan routier 2018». Québec: SAAQ.
- Weller, J., Boyd, M. et Cumin, D. (2014). «Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare». *Postgraduate Medical Journal*, 90, 149-154.



Le suicide: faisons face à ce sujet difficile ensemble

Modules d'apprentissage reconnus s'adressant aux infirmières et infirmiers

La Commission de la santé mentale du Canada et l'Association canadienne pour la prévention du suicide se sont associées à mdBriefCase pour offrir ces modules sans frais qui vous permettront d'approfondir :

- l'analyse du risque de suicide
- l'intervention
- le plan de sécurité
- les outils et ressources disponibles

Pour en savoir plus, visitez : mentalhealthcommission.ca/Francais/modullessoinsdesante



Avec le financement de



Santé
Canada Health
Canada



Commission de
la santé mentale
du Canada Mental Health
Commission
of Canada



Changer d'emploi : les pour et les contre

Changer d'emploi comporte bien des avantages... et quelques inconvénients. Voici quelques astuces pour tirer votre épingle du jeu et faire les bons choix.

par **CÉCILE DAVAN**

« Chaque fois que j'ai changé d'emploi, c'était pour faire de nouvelles expériences, explique Esther Wirth, infirmière à Info-Santé. Je me sens très privilégiée d'exercer cette profession : elle me permet de toucher à plusieurs facettes du domaine de la santé. »

ACQUÉRIR DE NOUVELLES COMPÉTENCES

Depuis le début de sa carrière, il y a 15 ans, Esther a travaillé en chirurgie, en médecine, en obstétrique et en toxicomanie, en plus d'avoir effectué un engagement humanitaire à l'étranger. Elle a récemment intégré le soutien clinique d'Info-Santé (811), un milieu qu'elle trouve très stimulant.

Si les différentes expériences de cette infirmière lui ont permis de développer une polyvalence fort utile dans son emploi actuel, elle a néanmoins dû se former en arrivant au 811. « J'ai dû revoir en profondeur des sujets que je n'avais pas abordés depuis longtemps, ce qui m'a été très bénéfique », constate-t-elle.

Alexandre Villeneuve, agent de liaison pour l'agence Placement RH Quevillon, souligne cependant que si un nouvel emploi offre la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences, les recruteurs privilégient les profils qui ont déjà l'expérience recherchée. « Il est plus sage de se former en amont, dans son organisation ou en adaptant ses choix de formation continue, par exemple, conseille-t-il. On a alors beaucoup plus de chances d'obtenir le poste convoité. » Se doter d'un plan de carrière permet également de se projeter dans le poste souhaité et de mettre en place les étapes de développement pour y parvenir.

L'AMÉNAGEMENT DES HORAIRES

La question des horaires de travail est souvent centrale dans la décision de changer d'emploi. Avant de vous lancer, tenez compte non seulement de vos contraintes personnelles (trajets quotidiens et besoins familiaux, en particulier), mais aussi de votre personnalité.

Pendant dix ans, Esther Wirth a occupé des postes à horaires variables et réalisé des mandats diversifiés qui lui ont offert beaucoup de polyvalence et de liberté. « La naissance de mes enfants a un peu changé la donne, relate-t-elle. J'ai cherché plus de stabilité. » Elle a alors ciblé des services qui offraient des horaires stables avant de poser sa candidature. Une approche judicieuse, car il est essentiel de vous renseigner sur les conditions du poste convoité pour vous assurer qu'il correspond à vos préférences et à votre rythme de vie.

INTÉGRER UNE NOUVELLE ÉQUIPE

L'enthousiasme lié à de nouvelles responsabilités ne doit pas faire oublier la nécessité de s'adapter à un nouvel environnement, à un nouvel entourage professionnel et à de nouvelles façons de faire. Esther Wirth estime d'ailleurs que ce qui lui a causé le plus de regrets à chaque changement d'emploi a été le fait de quitter son équipe, avec laquelle elle avait chaque fois créé des liens solides.

Aucun doute, la profession infirmière exige d'avoir la motivation chevillée au corps. Et avoir le soutien de ses collègues est un atout important.

Pour Esther Wirth comme pour Alexandre Villeneuve, un changement d'emploi réussi dépend en somme d'une bonne préparation, des conditions offertes et de la capacité à s'adapter à un nouvel environnement de travail. ●



DÉCOUVREZ LA SECTION OFFRES D'EMPLOI DE L'OIIQ

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

oiiq.org/emploi



© Shutterstock / Stockfour

ÉLÉMENT FONDAMENTAL DE LA FORMATION

Développer l'identité professionnelle des étudiantes-infirmières

Pour les étudiantes-infirmières, développer une identité professionnelle dans leur contexte actuel représente un défi. Cette identité se construit lorsque les valeurs de la profession sont intégrées aux valeurs personnelles des étudiantes, ce qui leur permet d'agir en toute confiance comme infirmières à part entière. En outre, l'identité professionnelle est une façon socialement reconnue de s'identifier les uns aux autres dans l'univers du travail (Dubar, 1994). Mais tout d'abord, en quoi consiste l'identité professionnelle infirmière? Quelles seraient les stratégies utiles pour la renforcer chez les étudiantes-infirmières engagées dans une formation DEC-Bac?

par DOMINIQUE HOULE, inf., Ph. D., DOMINIQUE THERRIEN, inf., Ph. D. (c.), EVY NAZON, inf., Ph. D., ERIC TCHOUAKET NGUEMELEU, Ph. D., ANNIE DENONCOURT, inf., M. Sc. inf., et PASCALE RENY, inf., M. Sc. inf.

À l'heure où l'intérêt des étudiantes pour la profession infirmière est mis à rude épreuve par la médiatisation de conditions de travail exigeantes, de pénuries de personnel dans le secteur de la santé, de réorganisations de services et de luttes syndicales (Caillou, 2019; Laberge, 2018; Nazon, 2011), chaque étudiante-infirmière ayant choisi de s'inscrire à un programme de formation offert dans un établissement d'enseignement postsecondaire (OIIQ, 2019a) représente une ressource précieuse.

La formation intégrée DEC-Bac a été mise en place en 2001 pour faciliter la continuité entre les études collégiales et universitaires (Houle, 2011; Ménard, 2010). Au cours de ce cheminement, certaines étudiantes-infirmières seront toutefois tentées d'abandonner la profession, car elles ne bénéficient pas toujours du soutien souhaité afin de s'identifier en tant qu'infirmières accomplies lors des moments difficiles (Houle et al., 2017). C'est pourquoi des enseignantes expérimentées de deux cégeps et d'une université ont conçu un coffre à outils. Il servira pour accompagner les étudiantes remettant en question leurs aspirations à devenir infirmière, pendant des cours théoriques, des laboratoires et des stages cliniques.

Ce coffre à outils, fruit d'une recherche menée par Houle et ses collaborateurs (2017), est accessible sur le site devenirinfirmiere.org.

L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

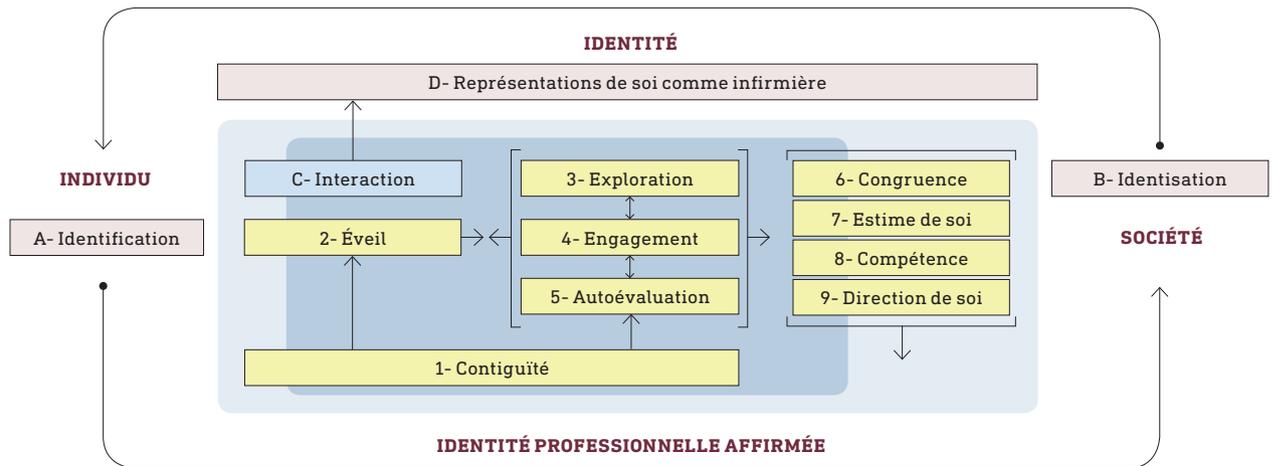
L'identité professionnelle peut être comprise à la fois comme un résultat et un processus. Voyons comment.

En tant que résultat

Historiquement, l'identité professionnelle des infirmières au Québec tire son origine de la reconnaissance légale de la profession en 1920, jalon important vers la valorisation du statut professionnel de l'infirmière. L'identité professionnelle est alors définie comme un sentiment d'appartenance à la profession (Petit, 1989). Selon une définition plus récente, elle serait plutôt le résultat de l'intériorisation des valeurs propres à la profession et de la conformité à certaines normes, comme le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (Larouche, 2012), s'affirmant dans un contexte légal où 17 activités sont réservées à la profession d'infirmière (OIIQ, 2019b).

Ainsi, pour les étudiantes-infirmières, l'identité professionnelle se construit par la rencontre de plusieurs

Figure 1
MODÈLE DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE AFFIRMÉE



Adaptation du modèle de Gohier, C., Anadón, M., Bouchard, Y., Charbonneau, B. et Chevrier, J., (2001).

facteurs comme la formation théorique où elles prennent connaissance des approches et paradigmes guidant la pratique de la profession, les compétences acquises pendant des stages cliniques et le contact avec d'autres infirmières (professeurs, infirmières dans les milieux cliniques, etc.) (Schindelholz, 2006).

Selon une telle ligne de pensée, ces éléments favorisent la structuration de l'identité professionnelle. Or, il est important de souligner qu'une approche pluraliste basée non seulement sur les fondements et valeurs de la profession infirmière, mais aussi sur les dimensions sociales, individuelles, psychologiques et éducatives met l'accent sur l'apprenant, dans ce cas-ci les étudiantes-infirmières, notamment sur ses points forts et ses défis, afin de créer des occasions d'apprentissage contribuant à la construction d'une identité professionnelle affirmée. En effet, l'identité professionnelle, étant ni fixe ni stable, dépend d'une multitude d'éléments et inclut autant les expériences vécues dans les différentes sphères de la vie que les difficultés d'apprentissage. C'est ce que Gohier et ses collaborateurs (2001) décrivent en présentant l'identité professionnelle comme un processus.

En tant que processus

Le modèle du développement de l'identité professionnelle adapté de Gohier et al. (2001) permet d'en comprendre le processus. Selon ces auteurs, le fait

d'expérimenter des sentiments de congruence, d'estime de soi, de compétence et de direction de soi favorise une identité professionnelle affirmée (Figure 1). Voyons de quoi il s'agit.

Le sentiment de *congruence* est présent lorsque la personne est au diapason avec elle-même (Gohier et Alin, 2000). Il s'exprime chez l'étudiante par la correspondance de ses actions et de ses valeurs personnelles avec celles de la profession d'infirmière. Le sentiment de *compétence* se caractérise par la maîtrise de son environnement par une action efficace (Gohier et Alin, 2000). Chez les étudiantes-infirmières, il est associé à la confiance en soi (Houle et al., 2017). L'*estime de soi* traduit la valeur qu'un individu s'attribue en tant que personne (Gohier et Alin, 2000). Une estime de soi adéquate se reflète dans le fait de ne pas se culpabiliser, de reconnaître ses erreurs et, surtout, d'accepter d'être en apprentissage continu (Houle et al., 2017). Enfin, la *direction de soi* se définit comme l'orientation vers des finalités déterminées (Gohier et Alin, 2000). Par exemple, l'étudiante peut se projeter dans le rôle d'une infirmière praticienne spécialisée ou encore montrer un intérêt pour un secteur clinique particulier. En tant que modèles, les enseignantes constitueraient un repère essentiel pour guider les étudiantes-infirmières (Houle et al., 2017).

Tableau 1
REMISES EN QUESTION VÉCUES AU COURS DES CINQ ANNÉES DU CONTINUUM DE FORMATION INFIRMIÈRE INTÉGRÉE

REMISES EN QUESTION, DIFFICULTÉS ET DÉFIS	A1	A2	A3	A4	A5
Douter d'avoir tout ce qu'il faut pour être infirmière	✓				
Douter d'être dans le bon programme d'études	✓			✓	
Concilier travail-famille-études	✓	✓	✓	✓	✓
Avoir un échec à un examen, un cours ou à l'examen professionnel de l'OIIQ	✓	✓	✓	✓	✓

Légende: A1 : première année du cours collégial; A4 : première année du cours universitaire.
 Source: Houle et al., 2017.

ENJEUX IDENTITAIRES

En cours de formation, certaines situations conduisent à des remises en question qui entravent le développement d'une identité professionnelle affirmée chez les étudiantes-infirmières (Houle et al., 2017) (Tableau 1).

Le doute à propos du choix de leur programme d'études et de leur profession se manifeste souvent dès la première année au cégep ou à l'université. Les difficultés de concilier le travail, la vie de famille et les études, tout comme essayer des échecs aux examens mènent rapidement à des remises en question continues sur la poursuite de leurs études et sur le choix même de la profession. Elles sont placées devant ce dilemme dès le début des études de la formation infirmière intégrée, et ce, jusqu'à l'obtention de leur diplôme. En revanche, les

données de recherche de Houle et ses collaborateurs (2017) montrent qu'un accompagnement fondé sur une écoute active du vécu de l'étudiante s'avère pertinent et utile. Cette forme de mentorat lui permet de mettre des mots sur ses sentiments tout en lui apprenant à formuler ses questionnements. Ainsi, se sentant soutenue lors de ses interactions avec ses enseignantes (théorie, stages, laboratoires) et expérimentant le sentiment d'être elle-même en présence de l'autre, ce que l'on appelle le sentiment de *contiguïté*, l'étudiante s'engagera avec plus de conviction dans ses études et s'autoévaluera avec davantage de justesse. Ainsi, sa représentation d'elle-même comme professionnelle sera plus réaliste et plus affirmée. Alors comment aider les étudiantes-infirmières affrontant de tels doutes? (Voir « **Le coffre à outils des enseignantes** ».)

LE COFFRE À OUTILS DES ENSEIGNANTES

Dans le cadre de la recherche de Houle et ses collaborateurs (2017), la question suivante a été posée aux enseignantes : « Quelles stratégies employez-vous afin d'aider vos étudiantes à traverser une période de remise en question en lien avec leur identité professionnelle? » Voici certains des éléments jugés incontournables (sur un total de 18) pour favoriser le développement de l'identité professionnelle chez les étudiantes infirmières. Toutes ces manières d'intervenir invitent l'étudiante à une réflexion personnelle qui contribue au développement de l'identité professionnelle.

1 Fournir une rétroaction authentique face au cheminement de carrière. Les enseignantes indiquent toute l'importance de l'évaluation formative qui offre une rétroaction positive et réaliste. L'invitation à prendre du recul (pause, exploration d'autres programmes d'études) est une stratégie qu'elles utilisent seulement lorsqu'elles ont pris le temps d'explorer les sentiments de l'étudiante.

2 Établir une communication qui invite à la réflexion. Lorsque des étudiantes traversent des moments plus difficiles, les enseignantes se rendent disponibles pour une rencontre individuelle. Les questions que se pose l'étudiante lui sont présentées sous la forme d'un défi à relever. L'accompagnement vise à encourager l'étudiante à trouver ses propres solutions.

3 Donner le droit à l'erreur. L'enseignante peut transformer les remises en question et le découragement de l'étudiante-infirmière, suscités par exemple par un échec à un cours ou dans un travail, en moments de consolidation (plutôt que de retrait).

4 Établir les limites de l'intervention pédagogique. L'aide apportée par les enseignantes comporte ses limites. Elles décident parfois de diriger l'étudiante vers les infirmières en travaux pratiques, afin de s'exercer, par exemple, à certaines techniques de soins, en laboratoire. Elles peuvent aussi préférer l'orienter vers les services d'aide à la réussite ou à un psychologue.

5 Réduire le niveau de stress. Les enseignantes considèrent qu'aider les étudiantes à réduire leur niveau de stress a pour effet de diminuer les périodes de remise en question. Plusieurs techniques peuvent être utilisées : 1) la normalisation du stress; 2) le partage de l'expérience professionnelle de l'enseignante concernant la gestion du stress (par des témoignages, par exemple); 3) l'enseignement par étapes pour favoriser des situations de réussite, dans un contexte de droit à l'erreur, dans un cadre sécuritaire et avec la possibilité d'améliorer son niveau de maîtrise au fil des expériences d'apprentissage. En outre, la nécessité pour l'enseignante de contrôler son propre stress est aussi perçue comme une stratégie aidante visant à réduire celui de l'étudiante.

6 Agir en tant que modèle. L'étudiante-infirmière associe le rôle d'enseignante à celui de guide. En tant que guide, l'enseignante assure une présence immédiate et cherche à préserver l'estime de soi de l'étudiante, même en cas de situations d'erreur ou d'échec.

7 Favoriser une conception réaliste et diversifiée de la profession. Les activités de recherche, la gestion, l'enseignement et la pratique clinique avancée sont des avenues professionnelles qui, une fois connues, stimulent le développement de l'identité professionnelle chez les étudiantes. Certaines questions suscitent une réflexion utile permettant aux étudiantes de prendre conscience des vastes possibilités du rôle professionnel. Par exemple,

elles peuvent se demander : « Si le client change lui-même ses pansements et s'autoadministre son insuline, alors qu'est-ce être infirmière? » Selon les enseignantes, il serait profitable de disposer d'un cadre de référence commun dès le début du continuum de formation, afin d'exposer les étudiantes à une diversité de rôles infirmiers. Il serait intéressant d'expliquer, dès les premières années d'études, les rôles en pratique infirmière avancée (Tracy et O'Grady, 2019) de même que les possibilités d'être infirmière gestionnaire, chercheuse ou enseignante.

8 S'intéresser aux questionnements de l'étudiante. Porter une attention particulière à l'adéquation entre les valeurs personnelles de l'étudiante et celles de la profession est une piste à explorer. Lorsqu'elles notent une discordance de valeurs chez des étudiantes, les enseignantes profitent du moment pour échanger avec elles tout en créant une occasion d'approfondir les valeurs de la profession et ainsi de consolider l'identité professionnelle.

Les difficultés de concilier le travail, la vie de famille et les études, tout comme essayer des échecs aux examens, mènent rapidement à des remises en question continues sur la poursuite de leurs études et sur le choix même de la profession.

L'enseignante peut transformer les remises en question et le découragement de l'étudiante-infirmière, suscités par exemple par un échec à un cours ou dans un travail, en moments de consolidation (plutôt que de retrait).

Cette réflexion s'exerce dans un processus continu d'allers-retours entre l'*identification*, c'est-à-dire l'adhésion aux valeurs et aux normes de la profession infirmière, et l'*identisation*, un terme désignant ce qui rend unique chaque étudiante-infirmière au sein de la profession, par exemple, posséder de l'expérience en enseignement ou encore maîtriser une autre langue (Gohier et al., 2001) (Figure 1).

CONCLUSION

L'identité professionnelle est un élément fondamental de la formation des étudiantes du continuum de formation

intégrée DEC-Bac. Une identité professionnelle affirmée favorise le maintien dans la profession. Prendre conscience des moyens utiles déjà déployés auprès des étudiantes représente un atout pour les différents acteurs de la profession infirmière qui côtoient les étudiantes. Les accompagner vers une identité professionnelle affirmée est un défi réaliste qui, par ailleurs, correspond à une obligation déontologique de la profession (Code de déontologie des infirmières et infirmiers). ●



DES LECTURES INSPIRANTES (tirées du site : devenirinfirmiere.org)

- Droit à l'erreur : Oups! J'ai fait une erreur... ou un apprentissage?
- Les défis en stage : S.O.S! Je suis stressée en stage. Je vis des situations difficiles.
- Outils pour l'étude et le stress : Je suis débordée : métro, boulot, dodo... et études!
- Remise en question : Comment trouver un sens aux situations difficiles?

Le site devenirinfirmiere.org est une ressource utile pour les étudiantes et les enseignantes. Elles y trouveront de nombreuses lectures inspirantes et des outils éducatifs pour les aider à développer une identité professionnelle affirmée. Il a été créé conjointement par l'Université du Québec en Outaouais (UQO), le Cégep de Saint-Laurent, le Cégep de Saint-Jérôme et le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, sous la direction de Dominique Houle, professeure au Département des sciences infirmières de l'UQO, et son équipe.



VIGI SANTÉ

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 coeur de notre agir. WWW.VIGISANTE.COM

LES AUTEURS

DOMINIQUE HOULE
Inf., Ph. D.

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

DOMINIQUE THERRIEN
Inf., Ph. D. (c.)

Professeur au Département des
sciences infirmières de l'UQO.

EVYNAZON
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des
sciences infirmières de l'UQO.

ERIC TCHOUAKET NGUEMELEU
Ph. D.

Professeur au Département des
sciences infirmières de l'UQO.

ANNIE DENONCOURT
Inf., M. Sc. inf.

Enseignante au Département
de soins infirmiers du Cégep de
Saint-Jérôme.

PASCAL RENY
Inf., M. Sc. inf.

Enseignante au Département
de soins infirmiers du Cégep de
Saint-Laurent

RÉFÉRENCES

Caillou, A. (2019). «Les infirmières resteront au travail». Le Devoir, 6 avril. Repéré à <https://www.ledevoir.com/societe/sante/551573/infirmieres-le-tribunal-du-travail-met-un-frein-a-la-greve-des-heures-supplementaires-obligatoires#Code-de-deontologie-des-infirmieres-et-infirmiers>, RLRQ, c. 1-8, r. 9.

Dubar, C. (1994). «Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel.» Dans De Coster et F. Pichaut (dir.), «Traité de sociologie du travail», 363-380. Bruxelles: De Boeck.

Gohier, C. et Alin, C. (2000). «Enseignant-formateur: la construction de l'identité professionnelle». Paris: L'Harmattan.

Gohier, C., Anadón, M., Bouchard, Y., Charbonneau, B. et Chevrier, J. (2001). «La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel: un processus dynamique et interactif». Revue des sciences de l'éducation, 27(1), 3-32.

Houle, D. (2011). «L'expérience de transition et d'adaptation des étudiantes infirmières en contexte de formation intégrée» (continuum de formation DEC/Bac) [Thèse de doctorat]. Montréal: UQAM.

Houle, D., Therrien, D., Savoie-Zajc, L., Tchouaket, É. N., Denoncourt, A. et Reny, P. (2017). «La pertinence des stages de formation pratique pour le développement de l'identité professionnelle d'étudiantes infirmières au Québec». Canadian Journal of Education, 40(4), 393-418. Repéré à <https://cje-rcce.ca/wp-content/uploads/sites/2/2018/01/1.-2420-Houle-et-al.-Final.pdf>

Laberge, M. (2018). «Manque d'infirmières: pénurie réelle ou structurelle?». Le Devoir, 1^{er} octobre. Repéré à <https://www.ledevoir.com/opinion/libre-opinion/538025/manque-d-infirmieres-penurie-reelle-ou-structurelle>

Larouche, C. (2012). «Le développement de l'identité professionnelle en formation infirmière par l'enseignement optimal des conceptions infirmières». 116 p. Montréal: Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières. Repéré à <https://popryr.bib.umontreal.ca/xmliui/handle/1866/9262>

Ménard, L. (2010). «Du cégep au baccalauréat: diversification des parcours et des expériences». Revue des sciences de l'éducation, 36(1), 169-190.

Nazon, E. (2011). «Le concept de la qualité de vie – Représentation dans les revues infirmières francophones du Québec». 142 p. Ottawa: Université d'Ottawa – Faculté des sciences de la santé.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2019a). «Accéder à la profession infirmière au Québec». Repéré à <https://www.oiiq.org/accéder-profession/parcours-etudiant>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2019b). «Champ d'exercice et activités réservées à la profession d'infirmière». Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

Petit, A. (1989). «Les infirmières – De la vocation à la profession». Montréal: Boral.

Schindelholz, P. (2006). «L'identité infirmière existe-t-elle?». Soins Cadres, 15(57), 58-60.

Tchouaket, E. N., Houle, D., Therrien, D., Larouche, C., Denoncourt, A. et Reny, P. (2019-soumis). «Development and validation of a tool for measuring the professional identity of nursing students: The Q-IPEI». Quality Advancement in Nursing Education/ Avancées en formation infirmière.

Tracy, M. F. et O'Grady, E. T. (2019). «Hamric and Hanson's advanced practice nursing: An integrative approach». St-Louis: Elsevier.



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

MARDI  JE DONNE^{IMC}

La Fondation de l'OIIQ s'associe au grand mouvement
dédié à la générosité, **MARDI JE DONNE**.

Soyez des nôtres le 3 décembre et affirmons ensemble
que l'expertise infirmière fait partie de la solution.

**Joignez-vous au mouvement en visitant
le fondationoiiq.org**

RÉFLEXION SUR LA DÉSENSIBILISATION DE L'INFIRMIÈRE AUX ALARMES

LES ALARMES AUX SOINS INTENSIFS

Une infirmière travaille le soir à l'unité de soins intensifs, où elle a la responsabilité d'un patient admis en raison de complications opératoires. Des alarmes retentissent sans cesse dans l'unité sans que les infirmières ne réagissent. Pourtant, une de ces alarmes indique une fréquence cardiaque à 33 battements par minute. Peut-on expliquer leur absence de réaction?

par DANIEL MILHOMME, inf., Ph. D., FRÉDÉRIC DOUVILLE, inf., Ph. D., et DOMINIQUE BEAULIEU, inf., Ph. D.

Christensen (2007) a démontré clairement que le bruit ambiant en soins critiques peut atteindre jusqu'à 80 dB, un niveau sonore se rapprochant de celui généré dans une usine ou dans un restaurant achalandé.

Les unités de soins critiques sont des environnements dans lesquels les infirmières assurent la surveillance clinique de patients instables ou à risque d'instabilité (Olliq, 2016). Pour y parvenir de manière ininterrompue, les infirmières ont généralement recours à des instruments de monitoring électrocardiographiques (Gazarian, 2013). Lorsqu'un paramètre physiologique excède les limites programmées, l'instrument émet une alarme sonore et visuelle pour signaler une anomalie (Lukasewicz et Mattox, 2015).

Plusieurs chercheurs se sont intéressés au nombre d'alarmes dans les unités de soins critiques. Dans le cadre de leur recherche, Cho, Kim, Lee et Cho (2016) ont comptabilisé plus de 2 000 alarmes pour 48 patients sur une période de 48 heures, ce qui constitue environ 45 alarmes par patient en une seule heure. Dans une étude réalisée auprès de 431 patients de soins intensifs, Drew et al. (2014) ont relevé une moyenne de 187 alarmes par patient, par jour. Pour sa part, Cvach (2012) a constaté que les infirmières, les patients et leur famille peuvent être exposés à plus de 700 alarmes par patient à chaque jour, ce qui est encore plus impressionnant.

Les alarmes sonores sont en grande partie responsables du niveau de bruit dans les unités de soins critiques (Konkani et Oakley, 2012). Christensen (2007) a d'ailleurs démontré clairement que le bruit ambiant en soins critiques peut atteindre jusqu'à 80 dB, un niveau sonore se rapprochant de celui généré dans une usine ou dans un restaurant achalandé (Figure 1).

Ces constats sont corroborés par Meriläinen, Kyngäs et Ala-Kokko (2010), qui ont observé un niveau de bruit variant entre 48 et 81 dB aux soins intensifs : un niveau nettement supérieur aux limites maximales recommandées par l'International Noise Council. En effet, le niveau sonore acceptable dans une unité de soins devrait être d'environ 45 dB pendant la journée, de 40 dB le soir et de 20 dB la nuit (Giusti et Piergentili, 2009).

Dans l'ensemble, les alarmes ont été identifiées comme un élément pouvant entraîner des conséquences pour le patient, au point de compromettre sa sécurité, en l'absence de réaction du personnel infirmier. La Food and Drug Administration a rapporté 566 décès de patients entre 2005 et 2008 à la suite d'événements liés aux alarmes aux États-Unis (Weil, 2009). Sur dix catégories d'incidents répertoriées par l'Emergency Care Research Institute [ECRI] entre 2012 et 2015, celle liée aux alarmes s'est classée au premier rang (Cvach, 2012; ECRI, 2011, 2012, 2013, 2014). L'American Association of Critical-Care Nurses [AACN], quant à elle, a fait de la gestion des alarmes une de ses priorités au cours des dernières années (AACN, 2013).

Lorsque l'infirmière est soumise à un nombre excessif d'alarmes, elle est continuellement interrompue dans le déploiement de ses activités de soins, ce qui peut entraîner des omissions, de la distraction ou de l'inattention (Cvach, 2012; ECRI, 2007; Tanner, 2013). À cet égard, Varpio, Kuziemsy, MacDonald et King (2012) rapportent la frustration exprimée par les

Figure 1
EXEMPLES DE SOURCES SONORES ET LEURS NIVEAUX DE PRESSION ACOUSTIQUE EN dB

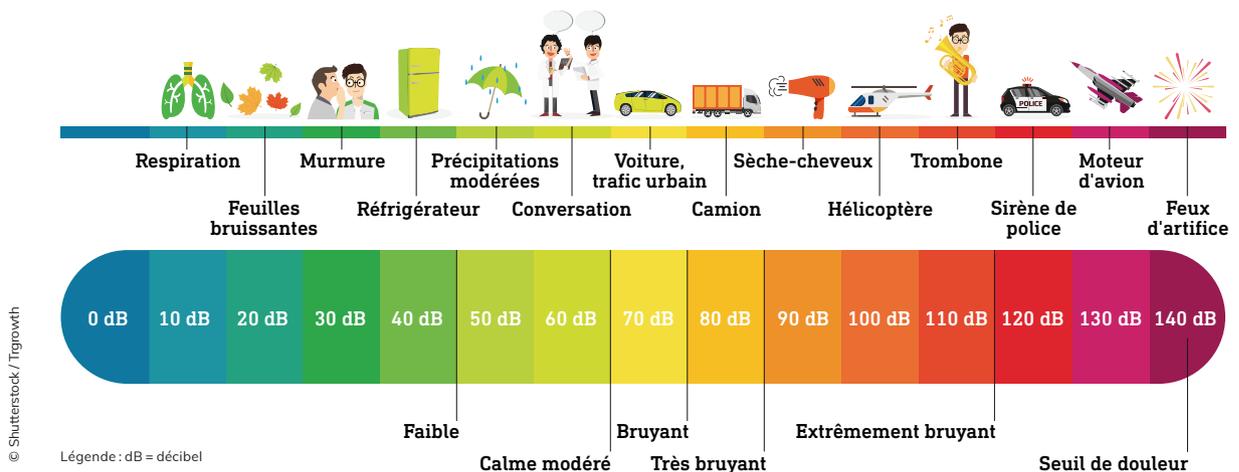
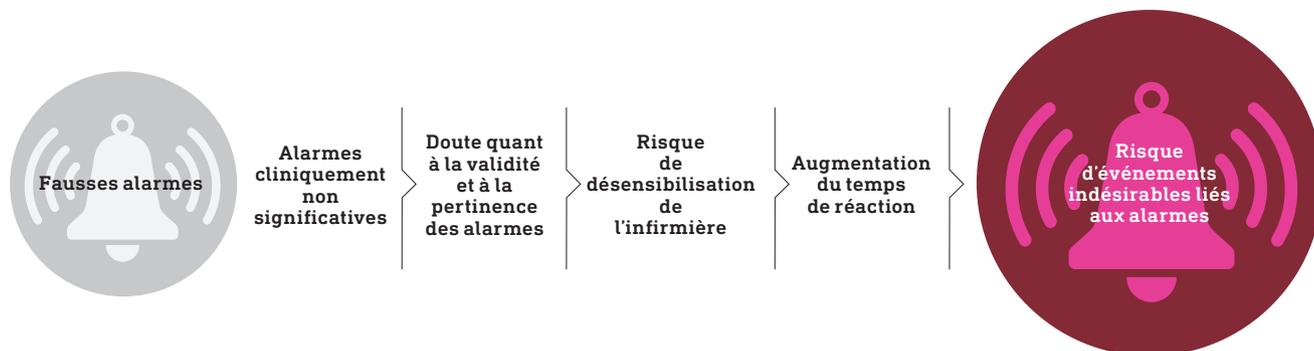


Figure 2
RÉFLEXION SUR LES ALARMES EN SOINS CRITIQUES ET LE RISQUE D'ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES



Source : Réflexion conçue par les auteurs à partir d'études sur les alarmes en soins critiques.

infirmières à cause des alarmes fréquentes et de l'interruption des tâches qu'elles occasionnent. La fréquence élevée des alarmes entraîne notamment un phénomène important de désensibilisation de l'infirmière aux alarmes, une situation préoccupante qui menace la sécurité des patients.

Lorsque l'infirmière est soumise à un nombre excessif d'alarmes, elle est continuellement interrompue dans le déploiement de ses activités de soins, ce qui peut entraîner des omissions, de la distraction ou de l'inattention.

DÉSENSIBILISATION DE L'INFIRMIÈRE

La désensibilisation (*alarm fatigue*) des infirmières résultant des alarmes excessives est rapportée depuis de nombreuses années dans la littérature (Cvach, 2012; ECRI, 2007; Graham et Cvach, 2010; McKinney, 2013; Sendelbach et Funk, 2013). Pourtant, parmi les 62 études récemment répertoriées par Winters et al. (2018) dans leur revue systématique sur le sujet, aucune n'a mesuré directement le niveau de désensibilisation. Ce terme renvoie à la surcharge sensorielle survenant lorsqu'une infirmière est exposée à un nombre excessif d'alarmes et résultant en une désensibilisation à celles-ci (Sendelbach et Funk, 2013). La désensibilisation entraîne à son tour une réponse lente, voire inexistante de l'infirmière (Bonafide et al. 2015; Paine et al., 2016). Comme les infirmières sont constamment au chevet du patient, elles sont grandement exposées aux alarmes et, évidemment, susceptibles de ne plus y être sensibles en raison de leur nombre démesuré. Honan et al. (2015) mentionnent d'ailleurs que les infirmières perçoivent les

alarmes comme une dissonance auditive constante qui mène à la désensibilisation. On peut faire l'analogie entre les alarmes excessives et le fait de « crier au loup », avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer sur la sécurité du patient.

LES CAUSES DE LA DÉSENSIBILISATION

Le phénomène de la désensibilisation est multifactoriel. Le nombre élevé de fausses alarmes ou d'alarmes non cliniquement significatives, ainsi que la quantité d'appareils médicaux susceptibles d'émettre des alarmes sont quelques-uns des facteurs qui contribuent à le perpétuer (Cvach, 2012). On peut ajouter que l'évolution technologique des dernières décennies n'a fait que favoriser l'augmentation du nombre moyen d'alarmes provenant des instruments médicaux. Le monitoring électrocardiographique a par ailleurs été identifié comme l'un des plus grands émetteurs de signaux d'alarmes (Cho et al., 2016; Gazarian, Carrier, Cohen, Schram et Shiromani, 2015; Graham et Cvach, 2010; Siebig et al., 2010).

Plusieurs études soulèvent le nombre élevé d'alarmes non cliniquement significatives. McKinney (2013) mentionne que 85 à 99 % des alarmes en soins critiques sont considérées comme des alarmes nuisibles, c'est-à-dire des fausses alarmes ou des alarmes cliniquement non significatives. Cho et al. (2016), quant à eux, rapportent que parmi les 2 184 signaux d'alarmes répertoriés, 1 394 (63,8%) ont été catégorisés comme de fausses alarmes. Pour leur part, Ruppel, Funk et Whittemore (2018) ont conclu, après avoir mené une revue systématique, que 55 à 89 % des alarmes liées aux arythmies cardiaques étaient sans fondement. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre que, selon une revue systématique de 32 études réalisées

dans les unités de soins critiques (Paine et al., 2016), moins du tiers des alarmes nécessitaient une intervention auprès des patients. Bref, l'ensemble de ces études mettent en évidence la nécessité de paramétrer les systèmes de manière à éviter les fausses alarmes et à faire en sorte que les alarmes détectées soient cliniquement significatives.

CONSÉQUENCES DES ALARMES EXCESSIVES

Les alarmes fréquentes sont forcément dérangeantes et peuvent conduire les infirmières à les ignorer (Harris, Manavizadeh, McPherson et Smith, 2011) ou à désactiver les systèmes pour prévenir l'émission d'alarmes (Cvach 2012; Ulrich, 2013). Ulrich ajoute que les paramètres d'alarmes peuvent être réglés ou modulés hors des limites sécuritaires, ce qui menace ainsi la sécurité du patient. À l'inverse, Cvach (2012) mentionne qu'un réglage trop serré des paramètres aura pour effet d'accroître le nombre d'alarmes cliniquement non significatives.

Le nombre excessif de fausses alarmes ou d'alarmes non cliniquement significatives alimente le doute sur la validité et la pertinence des alarmes (Chambrin et al., 1999; Lawless, 1994; Ruppel et al., 2018) (Figure 2). Trop d'alarmes risque ainsi d'entraîner une désensibilisation (Cvach, 2012; Graham et Cvach, 2010; McKinney, 2013; Sendelbach et Funk, 2013) en augmentant le temps de réaction des infirmières (Bonafide et al., 2015; Paine et al., 2016). Il peut donc en découler une augmentation du risque d'événements indésirables liés aux alarmes des systèmes de monitoring si les paramètres ont été manuellement programmés hors des limites sécuritaires.

Loin d'être exclusif aux infirmières œuvrant en contexte de soins critiques, le problème des alarmes excessives peut toucher d'autres professionnels de la santé. Schmid et al. (2011) rapportent que 80 % des alarmes émises au bloc opératoire n'ont entraîné aucune réponse thérapeutique de la part des intervenants. Devant ce constat, il importe d'identifier des stratégies visant à réduire la désensibilisation aux alarmes et les conséquences de celle-ci sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Bien que la désensibilisation ne semble pas avoir été mesurée dans la littérature et qu'aucun lien de cause à effet n'ait pu être démontré, la majorité des études répertoriées par Winters et al. (2018) concluent que la réduction du nombre d'alarmes ou de fausses alarmes peut permettre de réduire la désensibilisation. En outre, un outil comme le *Nurses' Alarm Fatigue Questionnaire* (Torabizadeh, Yousefina, Zand, Rakhshan et Fararoei, 2017) peut se révéler utile pour mesurer le niveau de désensibilisation de l'infirmière aux alarmes.

On peut faire l'analogie entre les alarmes excessives et le fait de « crier au loup », avec toutes les conséquences que l'on peut imaginer sur la sécurité du patient.

La Joint Commission, l'American Association of Critical Care Nurses, la Food and Drug Administration, l'Institut ECRI et l'Association for the Advancement of Medical Instrumentation font partie des organisations américaines qui jugent essentiel de se pencher sur la gestion des alarmes et la désensibilisation du personnel aux alarmes (Horkan, 2014). Plusieurs stratégies ont d'ailleurs déjà été mises de l'avant à cet effet.

STRATÉGIES POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE DÉSENSIBILISATION

En 2013, la Joint Commission (TJC) a publié un article sur la sécurité en lien avec les alarmes de dispositifs médicaux. On y mentionnait les principaux facteurs liés aux événements indésirables, soit :

- la désensibilisation aux alarmes;
- le réglage et la modulation inappropriés des paramètres d'alarme;
- la désactivation des alarmes;
- les systèmes d'alarme défectueux;
- le niveau sonore trop faible des alarmes pour être entendues dans une unité de soins (Horkan, 2014; TJC, 2013).

La littérature propose différentes stratégies en vue d'améliorer la sécurité liée aux alarmes, dont les suivantes : assurer une préparation adéquate de la peau avant de placer les électrodes; changer les électrodes quotidiennement; individualiser les paramètres des alarmes selon les caractéristiques et les conditions du patient; former le personnel à l'utilisation de l'électrocardiogramme; travailler en équipe interdisciplinaire; développer des politiques et des règlements; et monitorer uniquement les patients pour lesquels on dispose d'une indication clinique (AACN, 2013; Cvach, 2012; Graham et Cvach, 2010; Paine et al., 2016; TJC, 2013). Il est à noter que plusieurs de ces stratégies portent spécifiquement sur l'individualisation des paramètres d'alarme des systèmes de monitoring selon la condition de santé du patient.

Les paramètres par défaut des systèmes de monitoring sont intentionnellement programmés pour être hautement sensibles aux écarts de paramètres d'une population normale (Drew et al., 2004). L'application de paramètres uniformes à tous les patients (Cho et al., 2016) est justement l'une des causes d'alarmes excessives identifiées dans la littérature. Graham et Cvach (2010) ont constaté une diminution des alarmes de 43 % suivant la modification des réglages des paramètres de monitoring par défaut. Cette diminution des alarmes était notamment attribuable à une individualisation des paramètres d'alarmes en fonction des caractéristiques du patient et à une implantation de politiques interdisciplinaires en lien avec les systèmes de monitoring. D'ailleurs, certains établissements ont même défini des politiques qui incluent des critères pour encadrer l'ordonnance de moniteur et de télémétrie afin que l'installation de ces systèmes soit justifiée sur le plan clinique.

Le réglage et la modulation des paramètres d'alarmes selon les caractéristiques du patient ne font pas l'objet d'une procédure uniforme ou standardisée chez les infirmières; les façons de faire varient donc considérablement de l'une à l'autre (Cho et al., 2016; Christensen, Dodds, Sauer et Watts, 2014; Graham et Cvach, 2010). Elles doivent par conséquent être formées pour individualiser ces paramètres afin que les alarmes produites soient cliniquement significatives et utiles, et ce, sans compromettre la sensibilité des systèmes à détecter les alarmes significatives. Lors du réglage et de la modulation des paramètres d'alarme, le risque pour l'infirmière de commettre un impair existe bel et bien. Il est possible qu'elle individualise des paramètres qui ne correspondent pas à l'état réel du patient, ce qui peut évidemment compromettre la sécurité de ce dernier. À l'inverse, ne pas individualiser les paramètres d'alarme pose un risque de désensibilisation important (Honan et al., 2015), ce qui n'est guère souhaitable. Il nous apparaît donc important d'inclure le réglage des paramètres des systèmes et la gestion des alarmes dans les programmes de formation.

L'individualisation des paramètres d'alarme à des seuils cliniquement appropriés peut donc réduire l'incidence des alarmes intempestives qui distraient les infirmières et contribuent à la désensibilisation (Cvach, 2012; Evans, Shumate et Lovelace, 2011). Les infirmières peuvent également éviter bon nombre d'alarmes inappropriées en suspendant, pour une courte période, les alarmes des systèmes lors de la manipulation des patients (Chambrin et al., 1999; Tsien et Fackler, 1997). Lors de la suspension des alarmes, les infirmières doivent toutefois constamment observer

Plaisir



Nature



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

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

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec 

le moniteur et le patient pour éviter tout incident. En outre, elles doivent annuler la suspension des alarmes dès que la manipulation du patient est complétée.

CONCLUSION

Le phénomène des alarmes excessives constitue un risque pour la sécurité des patients, car il peut mener à la désensibilisation des infirmières. Cette désensibilisation peut entraîner à son tour un retard dans la prise en charge de situations d'urgence au point de compromettre la sécurité des patients (Sendelbach

et Funk, 2013). La désensibilisation de l'infirmière aux alarmes est un enjeu réel sur lequel il faut se pencher, en vue d'assurer la qualité et la sécurité des soins.

Des études seront nécessaires afin de déterminer des indicateurs permettant de mesurer précisément le niveau de désensibilisation aux alarmes (Winters et al., 2018). Elles pourront également préciser la meilleure façon d'établir des seuils de paramètres d'alarme dans le but d'améliorer la valeur prédictive positive des alarmes, et ce, sans diminuer la sensibilité des systèmes à détecter les alarmes cliniquement significatives (Cvach, 2012). ●



FORMATION OIIQ EN SOINS CRITIQUES ET D'URGENCE

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

Pour vous inscrire : oiiq.org/soins-critiques

LES AUTEURS

DANIEL MILHOMME
Inf., Ph. D.

Professeur en soins critiques au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Lévis. Il est titulaire d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université Laval.

FRÉDÉRIC DOUVILLE
Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est titulaire d'un doctorat en santé communautaire de l'Université Laval.

DOMINIQUE BEAULIEU
Inf., Ph. D.

Professeure en soins critiques au Département des sciences infirmières de l'UQAR, campus de Lévis. Elle est titulaire d'un doctorat en santé communautaire de l'Université Laval.

RÉFÉRENCES

- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2013). «Practice alert—Alarm management». *Bold Voices*, 5(8), 11-13.
- Bonafide, C. P., Lin, R., Zander, M., Graham, C. S., Paine, C. W., Rock, W., ... Keren, R. (2015). «Association between exposure to nonactionable physiologic monitor alarms and response time in a children's hospital». *Journal of Hospital Medicine*, 10(6), 345-351.
- Chambrin, M.-C., Ravoux, P., Calvelo-Aros, D., Jaborska, A., Chopin, C. et Boniface, B. (1999). «Multicentric study of monitoring alarms in the adult intensive care unit (ICU): A descriptive analysis». *Intensive Care Medicine*, 25(12), 1360-1366.
- Cho, O. M., Kim, H., Lee, Y. W. et Cho, I. (2016). «Clinical alarms in intensive care units: Perceived obstacles of alarm management and alarm fatigue in nurses». *Healthcare Informatics Research*, 22(1), 46-53.
- Christensen, M. (2007). «Noise levels in a general intensive care unit: A descriptive study». *Nursing in Critical Care*, 12(4), 188-197.
- Christensen, M., Dodds, A., Sauer, J. et Watts, N. (2014). «Alarm setting for the critically ill patient: A descriptive pilot survey of nurse's perceptions of current practice in an Australian Regional Critical Care Unit». *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(4), 204-210.
- Cvach, M. (2012). «Monitor alarm fatigue: An integrative review». *Biomedical Instrumentation & Technology*, 46(4), 268-277.
- Drew, B. J., Coliff, R. M., Funk, M., Kaufman, E. S., Krucoff, M. W., Laks, M. M., ... Van Hare, G. F. (2004). «Practice standards for electrocardiographic monitoring in hospital settings: An American Heart Association scientific statement from the Councils on Cardiovascular Nursing, Clinical Cardiology, and Cardiovascular Disease in the Young: Endorsed by the International Society of Computerized Electrocardiology and the American Association of Critical-Care Nurses». *Circulation*, 110(17), 2721-2746.
- Drew, B. J., Harris, P., Zègre-Hemsey, J. K., Mammoni, T., Schindler, D., Salas-Boni, R., ... Hu, X. (2014). «Insights into the problem of alarm fatigue with physiologic monitor devices: A comprehensive observational study of consecutive intensive care unit patients». *PLoS One*, 9(10), e110274.
- Emergency Care Research Institute [ECRI]. (2007). «The hazards of alarm overload. Keeping excessive physiologic monitoring alarms from impeding care». *Health Devices*, 36(3), 73-83.
- Emergency Care Research Institute [ECRI]. (2011). «Top 10 technology hazards for 2012». Repéré à <http://www.marylandpatientsafety.org/html/education/2012/handouts/documents/Top%2010%20Technology%20Hazards%20for%202012%20Article.pdf>
- Emergency Care Research Institute [ECRI]. (2012). «Top 10 health technology hazards for 2013». Repéré à https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2013_Health_Devices_Top_10_Hazards.pdf
- Emergency Care Research Institute [ECRI]. (2013). «Top 10 health technology hazards for 2014». Repéré à https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/2014_Top_10_Hazards_Executive_Brief.pdf
- Emergency Care Research Institute [ECRI]. (2014). «Top 10 health technology hazards for 2015». Repéré à https://www.ecri.org/Resources/Whitepapers_and_reports/Top_Ten_Technology_Hazards_2015.pdf
- Evans, M., Shumate, P. et Lovelace, S. (2011). «Improving alarm responsiveness: How do we prevent alarm fatigue?» [Abstract]. *Critical Care Nurse*, 31(2), e31.
- Gozarian, P. K. (2013). «Nurses' response to frequency and types of electrocardiography alarms in a non-critical care setting: A descriptive study». *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 190-197.
- Gozarian, P. K., Carrier, N., Cohen, R., Schram, H. et Shiromani, S. (2015). «A description of nurses' decision-making in managing electrocardiographic monitor alarms». *Journal of Clinical Nursing*, 24, 151-159. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.12625>
- Giusti, G. D. et Piergentili, F. (2009). «Noise in the intensive care unit: A summary review». *The World of Critical Care Nursing*, 7(1), 97-99.
- Graham, K. C. et Cvach, M. (2010). «Monitor alarm fatigue: Standardizing use of physiological monitors and decreasing nuisance alarms». *American Journal of Critical Care*, 19(1), 28-35.
- Harris, R. M., Manavizadeh, J., McPherson, D. J. et Smith, L. (2011). «Do you hear bells? The increasing problem of alarm fatigue». *The Pennsylvania Nurse*, 66(1), 10-13.
- Honan, L., Funk, M., Maynard, M., Fahs, D., Clark, J. T. et David, Y. (2015). «Nurses' perspectives on clinical alarms». *American Journal of Critical Care*, 24(5), 387-395.
- Horkan, A. M. (2014). «Alarm fatigue and patient safety». *Nephrology Nursing Journal*, 41(1), 83-85.
- Konkani, A. et Oakley, B. (2012). «Noise in hospital intensive care units: A critical review of a critical topic». *Journal of Critical Care*, 27(5), 522.e1-522.e9. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jccr.2011.09.003>
- Lawless, S. T. (1994). «Crying wolf: False alarms in a pediatric intensive care unit». *Critical Care Medicine*, 22(6), 981-985.
- Lukaszewicz, C. L. et Mattox, E. A. (2015). «Understanding clinical alarm safety». *Critical Care Nurse*, 35(4), 45-57.
- McKinney, M. (2013). «Lives at risk. Hospitals face hurdles addressing alarm fatigue». *Modern Healthcare*, 43(15), 14-15. Repéré à <https://www.modernhealthcare.com/article/20130413/MAGAZINE/304139968/lives-at-risk>
- Meriläinen, M., Kyngäs, H. et Ala-Kokko, T. (2010). «24-hour intensive care: An observational study of an environment and events». *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 246-253.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «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». Dans Durand, D. (dir.), «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3e éd., PDF), p. 34-36. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf
- Paine, C. W., Goel, V. V., Ely, E., Stave, C. D., Stempler, S., Zander, M. et Bonafide, C. P. (2016). «Systematic review of physiologic monitor alarm characteristics and pragmatic interventions to reduce alarm frequency». *Journal of Hospital Medicine*, 11(2), 136-144.
- Ruppel, H., Funk, M. et Whittemore, R. (2018). «Measurement of physiological monitor alarm accuracy and clinical relevance in intensive care units». *American Journal of Critical Care*, 27(1), 11-21.
- Schmid, F., Goepfert, M. S., Kuhn, D., Eichhorn, V., Diedrichs, S., Reichenspurner, H., ... Reuter, D. A. (2011). «The wolf is crying in the operating room: Patient monitor and anesthesia workstation alarming patterns during cardiac surgery». *Anesthesia and Analgesia*, 112(1), 78-83.
- Sendelbach, S. et Funk, M. (2013). «Alarm fatigue: A patient safety concern». *AACN Advanced Critical Care*, 24(4), 378-386.
- Siebig, S., Kuhls, S., Imhoff, M., Gather, U., Schölmerich, J. et Wrede, C. E. (2010). «Intensive care unit alarms—How many do we need?». *Critical Care Medicine*, 38(2), 451-456.
- Tanner, T. (2013). «The problem of alarm fatigue». *Nursing for Women's Health*, 17(2), 153-157.
- The Joint Commission (TJC). (2013). «Medical device alarm safety in hospitals». *Sentinel Event Alert*, (50), 1-3.
- Torabizadeh, C., Yousefina, A., Zand, F., Rakhshan, M. et Fararoei, M. (2017). «A nurses' alarm fatigue questionnaire: Development and psychometric properties». *Journal of Monitoring and Computing*, 31(6), 1305-1312.
- Tsien, C. L. et Fackler, J. C. (1997). «Poor prognosis for existing monitors in the intensive care unit». *Critical Care Medicine*, 25(4), 614-619.
- Ulrich, B. (2013). «Alarm fatigue: A growing problem». *Nephrology Nursing Journal*, 40(4), 293, 346.
- Varpio, L., Kuziemyk, C., MacDonald, C. et King, W. J. (2012). «The helpful or hindering effects of in-hospital patient monitor alarms on nurses: A qualitative analysis». *Computers, Informatics, Nursing*, 30(4), 210-217.
- Weil, K. M. (2009). «Alarming monitor problems». *Nursing*, 39(9), 58.
- Winters, B. D., Cvach, M. M., Bonafide, C. P., Hu, X., Konkani, A., O'Connor, M. F., ... Kane-Gill, S. L. (2018). «Technological distractions (Part 2): A summary of approaches to manage clinical alarms with intent to reduce alarm fatigue». *Critical Care Medicine*, 46(1), 130-137.

Cas clinique M^{ME} DUMOULIN

En tant qu'infirmière travaillant en groupe de médecine de famille (GMF), vous rencontrez M^{me} Dumoulin, âgée de 64 ans, afin d'effectuer le suivi de son hypertension artérielle et de son diabète. Dès le début de la discussion, elle se dit préoccupée. Elle vous mentionne avoir subi une coronarographie il y a deux semaines afin d'investiguer son angine de poitrine à l'effort. Étant donné le type d'obstruction coronaïenne observée, le cardiologue recommande un pontage aorto-coronarien.

ÉVALUER L'ANXIÉTÉ ET INTERVENIR Chirurgie cardiaque et rétablissement psychologique

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 SE FAMILIARISER

avec les réactions émotionnelles et les principaux stressors en chirurgie cardiaque.

02 DÉTERMINER

les principaux éléments de l'évaluation des symptômes anxieux ou dépressifs.

03 COMPRENDRE

l'approche « ONTRACK » afin de soutenir le rétablissement psychologique.

par JONATHAN BOURGON LABELLE, inf., B. Sc.,
ARIANE GIRARD, inf., M. Sc., HUGUES PROVENCHER
COUTURE, IPSSA, et CHRISTIAN M. ROCHEFORT, inf., Ph. D.

Au Canada, les maladies cardiaques se classent au deuxième rang des maladies entraînant le décès et sont l'une des principales causes d'hospitalisation (ASPC, 2017). Ces affections comptent notamment les maladies coronariennes et les maladies valvulaires, pour lesquelles plusieurs traitements atténuent les symptômes et améliorent les chances de survie. Parmi ces traitements, la chirurgie cardiaque est recommandée pour les troubles cardiaques plus complexes. Les dernières données québécoises disponibles indiquent qu'en 2013, 6 842 patients ont subi un pontage aorto-coronarien (PAC), une intervention valvulaire ou une combinaison de ces deux procédures (Réseau québécois de cardiologie tertiaire, 2013).

Cette clientèle vit un niveau important d'anxiété à diverses étapes de la trajectoire de soins : pendant l'attente de la chirurgie, durant l'hospitalisation sur les unités postopératoires spécialisées ou encore lors du retour au domicile (Gallagher et McKinley, 2007). Dans ce contexte clinique, il a été démontré qu'un niveau élevé et soutenu d'anxiété entraîne certaines complications physiques et mentales potentiellement évitables comme les arythmies cardiaques, les retards de cicatrisation des plaies ou la dépression. En outre, l'anxiété postopératoire est associée à des impacts psychosociaux importants en raison des arrêts de travail plus fréquents, une piètre qualité de vie et un rétablissement physique plus complexe (Rymaszewska, Kiejna et Hadryś, 2003).

L'ensemble des infirmières participant à cette trajectoire de soins peuvent aider les patients à mieux gérer leur anxiété et, ainsi, à en limiter les conséquences néfastes. Bien que les infirmières constatent l'anxiété des patients, des études internationales

ont toutefois montré qu'en surcharge de travail, elles priorisent fréquemment les soins techniques (p. ex. : pansements ou administration de médicaments) au détriment des soins de nature émotionnelle (Griffiths et al., 2018; Jones, Hamilton et Murry, 2015; Schubert et al., 2013). De plus, en soins de première ligne, les infirmières ne se sentent pas parfois assez en confiance pour intervenir dans les problèmes de santé mentale des personnes suivies pour une maladie chronique (Girard, Hudon, Poitras, Roberge et Chouinard, 2017). Compte tenu des avantages cliniques d'une pratique infirmière optimale, le but de cet article est d'outiller les infirmières afin d'intervenir dans les situations d'anxiété auprès des personnes subissant une chirurgie cardiaque.

QU'EST-CE QU'UNE CHIRURGIE CARDIAQUE?

La chirurgie cardiaque s'intéresse aux maladies du péricarde, du cœur et des gros vaisseaux (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2019). Ce traitement de troisième ligne vise à améliorer la qualité et l'espérance de vie des patients atteints d'une maladie cardiovasculaire, qu'elle soit congénitale ou acquise (ibid.). Les deux types d'interventions le plus souvent pratiqués chez les adultes sont : le pontage aorto-coronarien (PAC) et le remplacement ou la réparation de valve.

Le pontage aorto-coronarien (PAC)

Le PAC est recommandé aux patients atteints de maladie coronarienne athérosclérotique, soit le développement de plaques qui obstruent peu à peu les artères du cœur, privant graduellement le myocarde des nutriments et de l'oxygène sanguin. Le PAC est indiqué chez les trois clientèles suivantes :

- 1) les patients symptomatiques présentant des obstructions de plus de 70 % dans plusieurs artères coronariennes principales;
- 2) certains patients instables;
- 3) certains patients chez qui l'insertion d'une endoprothèse grâce à une angioplastie percutanée est impossible (Moser et Riegel, 2008).

Cette intervention chirurgicale consiste à greffer des vaisseaux sanguins (artériels ou veineux) sur les artères coronariennes de façon à contourner l'obstruction et à rétablir l'apport en nutriments et en oxygène au muscle cardiaque (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018a).

La réparation ou le remplacement valvulaire

Les valves cardiaques séparent les différentes cavités auriculaires et ventriculaires tout en assurant une circulation sanguine à sens unique et progressant des cavités cardiaques vers la circulation pulmonaire et systémique (Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire, 2019). Parmi les pathologies valvulaires communes, on trouve la sténose valvulaire, touchant surtout la valve aortique, et la régurgitation valvulaire, affectant fréquemment la valve mitrale (Moser et Riegel, 2008). La sténose valvulaire consiste en l'ouverture restreinte de la valve en raison de sa calcification causant ainsi une obstruction de la circulation sanguine. À l'opposé, une régurgitation valvulaire est attribuable à la fermeture incomplète de la valve, causant un écoulement rétrograde du sang. Chez les patients symptomatiques pour qui la médication est insuffisante, il peut être indiqué d'effectuer une réparation de la valve existante ou encore de remplacer la valve

atteinte par une prothèse biologique (d'origine humaine ou faite à partir de tissu animal) ou mécanique (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018b; Moser et Riegel, 2008).

QUELS SONT LES RÉACTIONS ÉMOTIVES ET LES STRESSEURS DANS UN CONTEXTE DE CHIRURGIE CARDIAQUE?

Jusqu'à deux à trois mois suivant un incident cardiaque, soit à l'annonce du diagnostic de maladie cardiaque ou au moment de recevoir l'intervention chirurgicale, presque tous les patients traversent une détresse émotionnelle (Murphy et al., 2008, 2015; Schleifer et al., 1989). Ce phénomène appelé « cardiac blues » comprend une succession d'émotions, dont un état de choc, la tristesse, l'inquiétude, la culpabilité et la colère (Murphy et al., 2015). Cette série d'émotions est une réaction physiologique normale résultant de l'anxiété causée par la perte (des capacités antérieures, par exemple), la menace d'une perte future (la complication ou progression de la maladie) ou la prise de conscience de l'éventualité de leur mort (ibid.).

Les stressseurs à l'origine de cette anxiété sont multiples. La littérature en la matière révèle qu'ils varient selon l'étape de la trajectoire de soins (Tableau 1). Les infirmières ont de nombreuses occasions d'intervenir auprès de cette clientèle à chaque étape de cette trajectoire en évaluant la condition de la santé mentale, en surveillant les symptômes anxieux ou dépressifs et en proposant les interventions infirmières appropriées au patient et à sa famille.

Tableau 1
PRINCIPAUX STRESSEURS DE LA TRAJECTOIRE DE SOINS DES PATIENTS EN CHIRURGIE CARDIAQUE

PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Attente de la chirurgie • Incapacité de prévoir à long terme • Projections des complications postopératoires • Crainte de la douleur, des inconforts et des incapacités postopératoires • Symptômes physiques (p. ex. : angine) • Limitations des activités
PÉRIODE POSTOPÉRATOIRE IMMÉDIATE
<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes physiques (inconforts physiques, douleur, troubles du sommeil et soif) • Appareillage de soins • Diminution des capacités physiques et immobilisation • Éloignement des proches et de la maison • Incapacité de jouer son rôle familial • Manque de communication avec les professionnels de soins
RETOUR À DOMICILE
<ul style="list-style-type: none"> • Processus de rétablissement • Culpabilité face à l'idée de devenir un poids pour ses proches • Intégration des nouvelles habitudes de vie • Symptômes résiduels (p. ex. : douleur)

Source : Conçu par les auteurs.

Cas clinique

M^{ME} DUMOULIN

L'annonce de cette nouvelle a déclenché chez M^{me} Dumoulin plusieurs questionnements qui contribuent à augmenter son anxiété. Complètement dépassée, elle vous demande : « Comment ai-je pu en arriver là? Mon état est-il critique? Est-ce que tout reviendra à la normale plus tard? Est-ce que je peux en mourir? » Considérant les inquiétudes de M^{me} Dumoulin, comment pouvez-vous intervenir afin de l'aider à mieux gérer son anxiété?

Période préopératoire

La période préopératoire est très importante en raison de l'anxiété de cette clientèle. En effet, selon des études, la présence d'anxiété préopératoire est le meilleur prédicteur du niveau d'anxiété postopératoire et est souvent associée aux complications postopératoires (Gallagher et McKinley, 2007; Takagi, Ando et Umemoto, 2017).

L'attente de la chirurgie est le principal stresser en période préopératoire et a des conséquences considérables pour les patients (Gallagher et McKinley, 2007; Roohafza et al., 2015; Takagi et al., 2017). D'une part, cette attente empêche le patient de prévoir sa vie à long terme étant donné l'incertitude liée à la chirurgie (Banner, 2010). Autrement dit, le patient s'inquiète de la direction que prendra sa vie après la chirurgie. Des sujets anxiogènes comme les complications, la douleur et les inconforts postopératoires, ou encore la crainte de ne pas retrouver ses capacités et de ne pas retourner à ses habitudes antérieures sont souvent rapportés (Gallagher et McKinley, 2007). D'autre part, en attendant la chirurgie, certains patients éprouvent des symptômes physiques anxiogènes (comme de l'angine) occasionnant des limitations, notamment dans les activités de la vie domestique, ce qui devient une source de stress (Banner, 2010; Roohafza et al., 2015).

Période postopératoire immédiate

Après la chirurgie, les principales sources de stress du patient sont sa condition de santé physique et le contexte de l'hospitalisation. Concernant la condition de santé, plusieurs symptômes communs sont déterminés comme des stressers, dont les inconforts physiques, la douleur, les troubles du sommeil et la soif (Dessotte, Rodrigues, Furuya, Rossi et Dantas, 2016; Gallagher et McKinley, 2007; Robley, Balzard, Holtzman et Cooper, 2010; Roohafza et al., 2015). L'appareillage de soins – tubes au niveau du nez et de la bouche, présence d'un drain thoracique et perfusions intraveineuses – constitue aussi un facteur de stress (Dessotte et al., 2016). Enfin, la perte de ses capacités physiques et l'immobilisation causée par l'appareillage de soins (en raison d'une perfusion intraveineuse, par exemple) entraînent un sentiment de perte de contrôle (Dessotte et al., 2016; Roohafza et al., 2015).

Quant au contexte de l'hospitalisation, des études montrent que l'idée d'être éloignés de leurs proches ou de la maison et l'incapacité de tenir leur rôle familial représentent d'autres sources de stress pour les patients (Dessotte et al., 2016; Gallagher et McKinley, 2007). Enfin, le manque de communication avec les professionnels de l'équipe de soins peut ajouter à l'état de stress (Robley et al., 2010). En effet, certains patients affirment être peu informés des procédures à venir ou même de leur état de santé (ibid.).

Retour à domicile

Chez les patients de retour à domicile, certaines études rapportent un niveau d'anxiété cliniquement significatif susceptible de durer jusqu'à trois mois après l'opération (Rymaszewska et al., 2003). Il est important de comprendre que le rétablissement et le niveau de fonctionnement souhaité peuvent nécessiter plusieurs mois. Pour cette raison, plusieurs patients voient ce processus comme un stresser en soi alors qu'ils tentent de retourner à leurs activités antérieures (Hansen et al., 2016; Joseph, Whitcomb et Taylor, 2015). De plus, durant la période de rétablissement, les patients peuvent éprouver un sentiment de culpabilité à l'idée de devenir un poids pour leurs proches vu l'aide dont ils auront besoin (Hansen et al., 2016; Joseph et al., 2015). À ces pensées anxiogènes s'ajoute l'intégration des nouvelles habitudes de vie afin de limiter la progression de la maladie (p. ex. : prise de médication, changement alimentaire, activité physique progressive) (Joseph et al., 2015). De surcroît, certains patients ressentent des symptômes résiduels, comme de la douleur, pouvant devenir une source de stress, alors qu'ils se demanderont si ces symptômes sont normaux ou non (Gallagher et McKinley, 2007; Joseph et al., 2015).

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE L'ANXIÉTÉ SUR LES COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES?

S'intéresser à l'état émotionnel peut sembler secondaire en chirurgie cardiaque. Or, selon la littérature, certaines complications en santé physique et mentale sont potentiellement liées à un niveau d'anxiété élevé. En voici quelques exemples.

Les complications cardiaques

Actuellement, la littérature scientifique décrit un ensemble de complications postopératoires de nature cardiaque associées à l'anxiété, comme la fibrillation auriculaire postopératoire, l'infarctus du myocarde et l'arrêt cardiaque (Joseph et al., 2015; Rosenbloom, Wellenius, Mukamal et Mittleman, 2009). L'anxiété aiguë affecterait la pression artérielle, les besoins d'oxygène du muscle cardiaque et la perfusion du myocarde, ce qui expliquerait le lien avec ces complications (Joseph et al., 2015). Quant aux arythmies cardiaques, des résultats probants en la matière indiquent qu'une stimulation excessive du système nerveux autonome joue un rôle dans la conduction électrique du cœur. Cette stimulation augmente l'automatisme des foyers ectopiques et favorise la conduction hétérogène des potentiels d'action dans le myocarde (Lampert, 2016). À plus long terme, les patients vivant une détresse émotionnelle sont exposés à un risque plus élevé de complications cardiaques s'expliquant par des habitudes de vie défavorables. Celles-ci se traduisent par une prise de poids, de l'hypertension artérielle, de l'hypercholestérolémie, du diabète, de la sédentarité, du tabagisme, ainsi qu'une moins grande adhésion au traitement (Takagi et al., 2017).

Le ralentissement de la cicatrisation des plaies opératoires

Des travaux de recherche ont permis d'établir une relation importante entre la cicatrisation des plaies et le stress psychologique (Walburn, Vedhara, Hankins, Rixon et Weinman, 2009). La cicatrisation des plaies suit normalement cinq phases (spasme vasculaire, formation d'un caillot, inflammation, prolifération et remodelage). Durant ce processus, diverses composantes du système immunitaire comme les cytokines (interleukines et facteur de nécrose tumorale, par exemple) et certaines cellules immunitaires (comme les neutrophiles et les macrophages) sont actives. Le stress psychologique peut ralentir la cicatrisation des plaies en diminuant l'efficacité du système immunitaire (Walburn et al., 2009).

La dépression

La dépression se définit comme un trouble de l'humeur entraînant un ensemble de symptômes psychologiques (Gouvernement du Québec, 2018a) :

- Humeur triste
- Anhédonie
- Culpabilité
- Diminution de l'estime de soi
- Difficultés de concentration
- Pensées récurrentes de mort
- Fatigue
- Ralentissement psychomoteur ou agitation
- Troubles du sommeil
- Changement dans l'appétit
- Diminution ou perte de l'intérêt sexuel
- Apparition de malaises somatiques

Dans un contexte de chirurgie cardiaque, cette condition touche entre 27 et 61 % des patients, soit le double de ce qui est observé dans la population en général (Kidd et al., 2016). Les femmes et les patients ayant des croyances négatives au sujet de leur maladie sont davantage susceptibles de présenter un épisode dépressif trois mois après la chirurgie (Doering, Magsarili, Howitt et Cowan, 2006; Juergens, Seekatz, Moosdorf, Petrie et Rief, 2010). De plus, la dépression postopératoire est associée à davantage de douleur, représente un facteur de risque d'événements cardiaques futurs, nuit à la qualité de vie (selon ce que rapportent les patients), entraîne

d'avantage de plaintes du patient à l'égard de son état de santé et d'absentéisme au travail malgré une procédure chirurgicale réussie (Morone et al., 2010; Rafanelli, Roncuzzi et Milaneschi, 2006; Rymaszewska et al., 2003).

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT)

Moins étudié que la dépression, l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est aussi observé chez la clientèle de chirurgie cardiaque. Un niveau d'anxiété élevé, fréquent lors des épisodes de soins intensifs, peut mener à des états chroniques d'anxiété comme l'ÉSPT six mois après la chirurgie (Schelling et al., 2003).

Ce trouble anxieux se caractérise par les symptômes suivants (Gouvernement du Québec, 2018b) :

- Sentiment de peur intense accompagné de symptômes physiques (p. ex. : palpitations cardiaques, tachypnée, tremblements, frissons, diaphorèse);
- Flash-back d'événements stressants;
- Pensées anxiogènes et incontrôlables;
- Trouble du sommeil;
- Difficulté à ressentir certaines émotions ou à se concentrer;
- État d'hypervigilance.

Autres événements indésirables durant l'hospitalisation

D'autres études ont permis d'associer clairement un niveau d'anxiété élevé et certains résultats cliniques défavorables comme un temps de ventilation plus long, une durée de séjour hospitalier prolongée, une prédisposition à l'instabilité hémodynamique aux soins intensifs, deux fois plus de risque de réadmission et des complications potentiellement évitables (rétention urinaire, constipation, œdème des membres inférieurs plus important, etc.) (Halpin et Barnett, 2005; Joseph et al., 2015; Rodrigues, Furuya, Dantas, Rodrigues et Dessotte, 2018; Zhang et al., 2012). En outre, la présence d'un niveau d'anxiété élevé chez les patients est associé à un risque accru de décès postopératoire, soit de plus de 80 %, comparativement aux patients non anxieux (Takagi et al., 2017). Ces observations s'expliquent par le fait que les patients les plus anxieux et les plus déprimés sont moins enclins à s'impliquer activement dans leur rétablissement ou dans certaines activités essentielles au rétablissement postopératoire, comme le sevrage de la ventilation mécanique ou la reprise de l'alimentation (Halpin et Barnett, 2005).

QUE PEUT ÉVALUER L'INFIRMIÈRE DANS CETTE SITUATION?

Peu importe le moment de la trajectoire de soins, l'infirmière doit évaluer la condition de santé mentale des patients conformément à son activité réservée. De manière plus précise, elle évalue la sévérité des symptômes anxieux ou dépressifs des patients qui subiront ou ont subi dans la dernière année une chirurgie cardiaque. Grâce à l'évaluation, l'infirmière oriente non seulement ses interventions, mais aussi détermine si les symptômes présents découlent d'une réaction émotionnelle en général vécue par un patient qui subit un incident cardiaque (*cardiac blues*). Dans ce cas, elle peut proposer au patient un éventail d'interventions issues de son champ de pratique (voir section « Quelles sont les interventions infirmières à prioriser auprès des patients présentant des symptômes anxieux ou dépressifs? »).

Par ailleurs, si le patient présente des symptômes de trouble mental, comme la dépression ou l'état de stress post-traumatique, se prolongeant dans le temps et entraînant des conséquences importantes sur son rétablissement ou son fonctionnement, l'infirmière doit alors adresser le patient à un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux (une infirmière praticienne spécialisée en santé mentale ou un médecin, par exemple), afin de recevoir les traitements appropriés.

L'infirmière peut utiliser des outils de détection des symptômes anxieux ou dépressifs pour évaluer leur gravité. Le Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9) est recommandé pour le dépistage de la dépression INESSS, 2015 (Tableau 2). Le Questionnaire sur le trouble d'anxiété généralisé (GAD-7) est quant à lui utilisé pour le dépistage d'un trouble anxieux (Université de Montréal, 2019) (Tableau 3). Ces outils de mesure ne servent pas au diagnostic. Par conséquent, un score élevé ne signifie pas d'emblée qu'une personne souffre d'une dépression ou d'un trouble d'anxiété, mais plutôt qu'elle nécessite une évaluation plus approfondie.

Par ailleurs, les professionnels non familiers avec la clientèle ayant des problèmes de santé mentale trouvent difficile de questionner les patients sur ce sujet. Les outils d'évaluation sont un bon moyen pour discuter des symptômes et apprendre à connaître la normalité de chaque patient. Par exemple, en utilisant le QSP-9, l'infirmière qui questionne le patient sur son sommeil (question n°3) peut s'informer de sa normalité : « Combien d'heures par jour dormez-vous habituellement ? » À l'aide de la question n°1, elle peut le questionner sur ses loisirs et ses passe-temps. Pendant un suivi à plus long terme, l'infirmière peut réutiliser ces outils pour objectiver l'évolution des symptômes, ce qui contribue à l'évaluation continue de la condition mentale du patient. À ces outils s'ajoutent les constituants de la condition de l'état mental (Encadré 1), l'évaluation du réseau social, les antécédents de troubles anxieux ou de dépression, l'impact des symptômes sur le fonctionnement du patient et le risque suicidaire.

Cas clinique M^{me} DUMOULIN

En attendant sa chirurgie, M^{me} Dumoulin s'est dite plus rassurée, l'infirmière du GMF ayant répondu à ses questions. Celle-ci a aussi tenu compte des sources d'anxiété possibles durant cette attente et déterminé avec la patiente quelques stratégies potentielles à utiliser (p. ex. : techniques de relaxation et méditation) afin de mieux gérer son niveau d'anxiété.

À présent à l'étape postopératoire de sa trajectoire de soins, M^{me} Dumoulin maîtrise mal son anxiété. Elle s'inquiète sans cesse de son état de santé, même si celui-ci est stable et dans les normales attendues. De plus, les préposés aux bénéficiaires rapportent avoir vu la patiente pleurer à plusieurs reprises. Elle refuse de se laver et d'aller marcher dans le corridor malgré l'absence de douleur. Vous rencontrez donc M^{me} Dumoulin afin de l'évaluer. Vous la questionnez d'abord sur les raisons de son anxiété. Elle vous répond que les professionnels de l'équipe de soins sont « si pressés » qu'ils ne lui expliquent pas toujours les résultats de ses examens de suivi postopératoire. Elle mentionne aussi ressentir diverses émotions inexplicables. Vous poursuivez donc l'entretien en lui parlant du phénomène du « cardiac blues », ce qui l'aide à comprendre ses réactions émotionnelles. Vous lui demandez ensuite de répondre au questionnaire d'évaluation QSP-9 afin d'évaluer ses symptômes dépressifs. Le score obtenu est de 5. Après quelques questions supplémentaires sur les composantes de l'état mental, vous concluez que M^{me} Dumoulin est très inquiète, mais que ses symptômes dépressifs légers ne requièrent pas l'évaluation d'un trouble mental particulier. Enfin, vous lui expliquez les informations qu'elle ne comprend pas et vous l'encouragez à questionner davantage les professionnels de l'équipe de soins lorsqu'elle ne saisit pas leurs éclaircissements. Vous évaluez à présent si M^{me} Dumoulin nécessite des interventions supplémentaires.

Tableau 2
QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT (QSP-9)

AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, À QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS ÉTÉ DÉRANGÉ PAR LES PROBLÈMES SUIVANTS?	JAMAIS	PLUSIEURS JOURS	PLUS DE LA MOITIÉ DU TEMPS	PRESQUE TOUS LES JOURS
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre ¹ .	0	1	2	3

Interprétation du score (gravité des symptômes) :

Minime _____ 0-4 points Modérément sévère ___ 15-19 points
 Léger (sous le seuil clinique) ___ 5-9 points Sévère _____ 20-27 points
 Modérée _____ 10-14 points

Notes : 1. Si le patient répond oui à la question 9, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.
 * Questions du QSP-2 : Ces deux questions permettent à l'infirmière d'effectuer une évaluation rapide avant de poursuivre avec les autres questions du QSP-9.
 Source : INESSS, 2015.

Tableau 3
QUESTIONNAIRE SUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ (GAD-7)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	JAMAIS	PLUSIEURS JOURS	PLUS DE LA MOITIÉ DES JOURS	PRESQUE TOUS LES JOURS
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Interprétation du score :

< 15 : niveau d'anxiété : aucun/minimal
 ≥ 15 : niveau d'anxiété : significatif

Source : Université de Montréal, 2019.

Encadré 1
RAPPEL SUR LES CONSTITUANTS DE LA CONDITION DE L'ÉTAT MENTAL

1 Apparence	2 Comportement moteur	3 Langage	4 État émotionnel	5 Opérations de la pensée	6 Perceptions	7 Fonctions cognitives
----------------	--------------------------	--------------	----------------------	------------------------------	------------------	---------------------------

Source : Fortinash, Holoday-Worett, Page, Bonin et Houle, 2013.

Encadré 2

ACRONYME ONTRACK

O : **Outline** ou expliquer au patient qu'il risque de présenter une réaction émotive
N : **Normalise** ou normaliser cette réaction émotive
T : **Talk** ou discuter avec le patient de cette réaction émotive
R : **Reassure** ou rassurer le patient
A : **Alert** ou expliquer aux patients les risques potentiels (p. ex. : dépression)
C : **Check** ou vérifier les stratégies d'adaptation utilisées par le patient
K : **Know** ou connaître les services d'aide au besoin

QUELLES SONT LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES À PRIORISER AUPRÈS DES PATIENTS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES ANXIEUX OU DÉPRESSIFS?

Dans un contexte de chirurgie cardiaque ou lors d'un incident cardiaque, l'infirmière peut soutenir les patients et les familles vivant des situations émotionnelles difficiles en utilisant l'approche ONTRACK (Encadré 2). Cet acronyme provient des recherches sur le *cardiac blues* réalisées en Australie. Cette approche se base sur l'idée qu'un rétablissement psychologique est optimal lorsque la personne comprend ses réactions émotives, les normalise et se rend compte de l'importance d'affronter ses émotions (Murphy et Higgins, 2014). L'intervention vise aussi à informer les patients des stratégies d'adaptation potentielles et à reconnaître quand consulter un professionnel de la santé (Murphy et Higgins, 2014).

Outline : **Expliquer** au patient que la maladie cardiaque et la chirurgie cardiaque ne sont pas seulement une expérience physique, mais aussi émotive. Il est recommandé d'indiquer au patient les émotions susceptibles de surgir (choc, tristesse, inquiétude, culpabilité et colère) et les possibles symptômes durant sa trajectoire de soins en chirurgie cardiaque.

Normalise : **Normaliser** les réactions émotives du patient en mettant l'accent sur les émotions normales, mais aussi en indiquant que presque tous les patients expriment ces réactions à un moment ou un autre de la trajectoire de soins.

Talk : **Discuter** avec le patient des réactions émotives ou des symptômes de stress qu'il vit ou qu'il a ressentis. L'infirmière doit encourager l'expression des émotions et l'identification des symptômes de stress à l'aide de questions ouvertes comme « Pouvez-vous m'en dire plus sur... » ou « Qu'avez-vous essayé pour soulager ce sentiment? ».

Reassure : **Rassurer** le patient en lui mentionnant qu'il ne sera pas toujours dans cet état. Elle explique que tout comme son état physique, son état psychologique se rétablira dans les prochains mois. Elle peut aussi demander au patient ce que suscite cette information chez lui. « Est-il d'accord? A-t-il des questions sur le processus de rétablissement? »

Alert : **Expliquer** au patient au les risques potentiels, notamment le risque de dépression présent chez la clientèle cardiaque. L'infirmière explique au patient comment reconnaître les symptômes de la dépression : 1) sentiment de tristesse la plupart du temps; et 2) perte d'intérêt ou de plaisir à pratiquer des activités qu'il aime en temps normal. Elle doit insister sur l'importance de discuter de ces symptômes avec un professionnel de la santé s'ils persistent ou s'intensifient.

Check : **Vérifier** les stratégies d'adaptation du patient et réfléchir avec lui à celles à mettre en œuvre pour gérer ses émotions et limiter leur impact sur son état. Ces stratégies aident le patient à ressentir du plaisir et à s'accomplir et sont adaptées à sa condition physique. Par exemple, celles consistant à :

- Faire de l'exercice.
- Réactiver son réseau de soutien.
- S'inscrire au programme de réadaptation cardiaque.
- Reprendre ses activités et ses loisirs favoris.
- Consacrer du temps à la détente et à la relaxation.
- Parler avec un professionnel de la santé au besoin (p. ex. : médecin, infirmière).
- Demander de l'aide auprès d'un spécialiste ou d'un organisme spécialisé.

Know : **Connaître** les services de santé et les organismes en santé mentale. L'infirmière présente les services offerts dans la région où réside le patient et s'assure qu'il les consultera en cas de détérioration de son état mental. Il est aussi recommandé de laisser au patient une liste de ces ressources avec leurs coordonnées.

En plus des interventions provenant du champ de pratique de l'infirmière, une approche fondée sur la collaboration interprofessionnelle permet d'intervenir conjointement et en complémentarité afin de répondre aux besoins psychologiques de la clientèle de chirurgie cardiaque. Par exemple, le physiothérapeute peut conseiller le patient quant aux différentes options offertes en matière de prévention et de réadaptation cardiaque, atténuant ainsi certaines inquiétudes potentielles du patient (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa [ICUO], 2019). Le travailleur social ciblera notamment le réseau de soutien et les services communautaires essentiels en vue de faciliter le retour à domicile (ICUO, 2019). D'autre part, les services d'un psychologue soutiendront la mise en place de mécanismes d'adaptation, nécessaire au rétablissement psychologique et à la prévention de troubles mentaux (ICUO, 2019; Marchetti, 2007). Dans l'équipe interprofessionnelle, le rôle pivot de l'infirmière est primordial puisque ses évaluations permettront de cibler divers problèmes dans une approche holistique. Elle sera donc en mesure d'influencer la vision et les interventions des autres professionnels. Par ailleurs, vu ses contacts plus fréquents avec la clientèle, elle sera aux premières loges afin d'observer l'efficacité des interventions sur les symptômes de la condition mentale.

CONCLUSION

La trajectoire de soins en chirurgie cardiaque est un processus allant au-delà de la prise en charge du rétablissement physique et comprenant l'évaluation et le suivi de la condition mentale. Tout au long de cette trajectoire, ces patients rencontrent des infirmières œuvrant dans divers secteurs des services de santé et il est recommandé à ces infirmières d'ouvrir le dialogue sur l'état émotionnel avec leurs patients. Grâce à leurs activités réservées, les infirmières peuvent évaluer la condition de santé du patient, déterminer si celle-ci s'apparente à une réaction émotionnelle normale (*cardiac blues*) et proposer un éventail d'interventions qui relèvent de leur champ de compétence. Si les symptômes ont un impact sur le rétablissement et le fonctionnement du patient, ils nécessitent alors une évaluation approfondie auprès d'un professionnel habilité à évaluer les troubles mentaux. L'intervention selon l'acronyme ONTRACK permet à l'infirmière d'intervenir de façon efficace pour soutenir les patients anxieux, prévenir l'apparition d'un trouble mental et limiter les complications sur la santé physique. ●



Cas clinique

CONSIGNES DE L'INFIRMIÈRE

M^{me} Dumoulin rentre finalement chez elle et aura un suivi du CLSC. L'infirmière du CLSC prend connaissance des informations transmises par le centre hospitalier, dont les évaluations de l'état mental de M^{me} Dumoulin et son score au QSP-9. À sa rencontre avec M^{me} Dumoulin, elle constate qu'elle semble plus sereine que ce qu'indique la demande de service. Au suivi du QSP-9, cette amélioration est notable (score de 2). L'infirmière questionne M^{me} Dumoulin sur son anxiété depuis le retour à domicile. Elle lui rappelle les émotions souvent vécues durant un *cardiac blues* et elle normalise sa situation. Elle s'assure que M^{me} Dumoulin comprenne que cet état est transitoire et, tout comme son état physique qui se rétablit, son état psychologique devrait aussi s'améliorer. L'infirmière vérifie toutefois que la patiente comprend les risques de dépression et en reconnaît les signes cliniques. Elle revoie avec elle la liste des stratégies d'adaptation qu'elle utilise pour maîtriser son anxiété et indique certaines stratégies à envisager. Enfin, elle lui remet une liste d'organismes communautaires de la région pouvant l'aider au besoin.

LES AUTEURS

JONATHAN BOURGON LABELLE
Inf., B. Sc.

Infirmier clinicien au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Étudiant à la maîtrise en sciences de la santé à l'École des sciences infirmières (Faculté de médecine et des sciences de la santé) de l'Université de Sherbrooke.

ARIANE GIRARD
Inf., M. Sc.

Candidate au doctorat recherche en sciences de la santé à l'École des sciences infirmières (Faculté de médecine et des sciences de la santé) de l'Université de Sherbrooke.

HUGUES PROVENCHER COUTURE
IPSSA

Infirmier praticien spécialisé en soins aux adultes au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

CHRISTIAN M. ROCHEFORT
Inf., Ph. D.

Professeur agrégé à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Chercheur au Centre de recherche du CHUS et au Centre de recherche Charles-Le Moyné – Saguenay-Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé (CR-CSIS).



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

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

Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Cadre réglementaire

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

Balises déontologiques

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

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3^e éd.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2017). « Les maladies du cœur au Canada: Faits saillants du Système canadien de surveillance des maladies chroniques ». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladies-coeur-canada-fiche-technique.html>
- Banner, D. (2010). « Becoming a coronary artery bypass graft surgery patient: A grounded theory study of women's experiences ». *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3123-3133. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03424.x>
- Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire. (2019). « Chaire de transfert de connaissances coeur/poumons: Maladies valvulaires ». Québec: Université Laval. Repéré à <https://www.coeurpoumons.ca/patients/maladies-cardiovasculaires/maladies-valvulaires/>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2019). « Compétences en chirurgie cardiaque ». Repéré à https://www.google.com/url?sa=t&rc=1&uq=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiWXdCmep7AhXjYt8KHcZXDgwQFjAAegQlAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.royalcollege.ca%2Frcsite%2Fdocs%2F2Fibid%2Fcardiac-surgery-competencies-f.pdf&usq=AOvVaw3p_R8OmIraOxKgpJh29hd
- Dessote, C. A. M., Rodrigues, H. F., Furuya, R. K., Rossi, L. A. et Dantas, R. A. S. (2016). « Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca ». *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 741-750. Repéré à <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690418i>
- Doering, L. V., Magsarili, M. C., Howitt, L. Y. et Cowan, M. J. (2006). « Clinical depression in women after cardiac surgery ». *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(2), 132-139.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (2018a). « Chirurgie de pontage coronaire ». Repéré à <https://www.coeuretavc.ca/coeur/traitements/chirurgies-et-autres-interventions/pontage-aortocoronarion>
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (2018b). « Interventions valvulaires: réparation ou remplacement valvulaire ». Repéré à <https://www.coeuretavc.ca/coeur/traitements/chirurgies-et-autres-interventions/interventions-valvulaires>
- Fortinash, K. M., Holaday-Worret, P. A., Page, C., Bonin, J.-P. et Houle, D. (2013). « Soins infirmiers – Santé mentale et psychiatrie » (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Gallagher, R. et McKinley, S. (2007). « Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery ». *American Journal of Critical Care*, 16(3), 248-257.
- Girard, A., Hudon, C., Poitras, M.-E., Roberge, P. et Chouinard, M.-C. (2017). « Primary care nursing activities with patients affected by physical chronic disease and common mental disorders: A qualitative descriptive study ». *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1385-1394. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.13695>
- Gouvernement du Québec. (2018a). « Dépression ». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/ problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/depression/>
- Gouvernement du Québec. (2018b). « Trouble stress post-traumatique (TSPT) ». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/trouble-stress-post-traumatique/>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., ... Ball, J. (2018). « The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review ». *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.13564>
- Halpin, L. S. et Barnett, S. D. (2005). « Preoperative state of mind among patients undergoing CABG: Effects on length of stay and postoperative complications ». *Journal of Nursing Care Quality*, 20(1), 73-80. Repéré à <https://doi.org/10.1097/00001786-200501000-00012>
- Hansen, T. B., Zwisler, A. D., Berg, S. K., Sibilitz, K. L., Buus, N. et Lee, A. (2016). « Cardiac rehabilitation patients' perspectives on the recovery following heart valve surgery: A narrative analysis ». *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 1097-1108. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.12904>
- Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO) (2019). « Votre guide de l'Institut: Votre équipe de soins ». Repéré à <https://www.ottawahospital.ca/fr/votre-guide-de-l-institut/votre-equipe-de-soins>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). « Fiche outil – Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9 version à neuf questions: Outils de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs ». Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf
- Jones, T. L., Hamilton, P. et Murry, N. (2015). « Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review ». *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1121-1137. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
- Joseph, H. K., Whitcomb, J. et Taylor, W. (2015). « Effect of anxiety on individuals and caregivers after coronary artery bypass grafting surgery: A review of the literature ». *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), 285-288. Repéré à <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000137>
- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J. et Rief, W. (2010). « Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later ». *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 553-560. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004>
- Kidd, T., Poole, L., Ronaldson, A., Leigh, E., Jahangiri, M. et Steptoe, A. (2016). « Attachment anxiety predicts depression and anxiety symptoms following coronary artery bypass graft surgery ». *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 796-811. Repéré à <https://doi.org/10.1111/bjhp.12191>
- Lampert, R. (2016). « Behavioral influences on cardiac arrhythmias ». *Trends in Cardiovascular Medicine*, 26(1), 68-77. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2015.04.008>
- Marchetti, É. (2007). « Être psychologue dans un service hospitalier de cardiologie ». *Le Journal des psychologues*, 9(252), 35-38. Repéré à <https://doi.org/10.3917/jdp.252.0035>
- Morone, N. E., Weiner, D. K., Herbeck Balnap, B., Karp, J. F., Mazumdar, S., Houck, P. R., ... Rollman, B. L. (2010). « The impact of pain and depression on recovery after coronary artery bypass grafting ». *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 620-625. Repéré à <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e6df90>
- Moser, D. K. et Riegel, B. (2008). « Cardiac nursing: A companion to Braunwald's heart disease » (1re éd.). St. Louis: Saunders/Elsevier.
- Murphy, B. M., Elliott, P. C., Higgins, R. O., Le Grande, M. R., Worcester, M. U. C., Goble, A. J. et Tatoulis, J. (2008). « Anxiety and depression after coronary artery bypass graft surgery: Most get better, some get worse ». *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 15(4), 434-440. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3181e6df90>
- Murphy, B. M. et Higgins, R. O. (2014). « Supporting patients' emotional adjustment using the "cardiac blues" brochure: Health professional Guide ». Repéré à <https://www.australianhearthealth.org.au/file/Cardiac-Blues-A5-Guide-2018.pdf>
- Murphy, B. M., Higgins, R. O., Jackson, A. C., Edington, J., Jackson, A. J. et Worcester, M. U. (2015). « Patients want to know about the "cardiac blues" ». *Australian Family Physician*, 44(11), 826-832.
- Rafanelli, C., Roncuzzi, R. et Milaneschi, Y. (2006). « Minor depression as a cardiac risk factor after coronary artery bypass surgery ». *Psychosomatics*, 47(4), 289-295. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.psy.47.4.289>
- Réseau québécois de cardiologie tertiaire. (2013). « Rapport d'activité 2010-2013 ». Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-906-01W.pdf>
- Robley, L., Ballard, N., Holtzman, D. et Cooper, W. (2010). « The experience of stress for open heart surgery patients and their caregivers ». *Western Journal of Nursing Research*, 32(6), 794-813. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0193945910361469>
- Rodrigues, H. F., Furuya, R. K., Dantas, R. A. S., Rodrigues, A. J. et Dessote, C. A. M. (2018). « Association of preoperative anxiety and depression symptoms with postoperative complications of cardiac surgeries ». *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. Repéré à <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2784.3107>
- Roohafza, H., Sodeghi, M., Khani, A., Andalib, E., Alikhahi, H. et Rafiei, M. (2015). « Psychological state in patients undergoing coronary artery bypass grafting surgery or percutaneous coronary intervention and their spouses ». *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 214-220. Repéré à <https://doi.org/10.1111/inj.12234>
- Rosenbloom, J. I., Wellenius, G. A., Mukamal, K. J. et Mittleman, M. A. (2009). « Self-reported anxiety and the risk of clinical events and atherosclerotic progression among patients with coronary artery bypass grafts (CABG) ». *American Heart Journal*, 158(5), 867-873. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2009.08.019>
- Rymaszewska, J., Kiejna, A. et Hadryś, T. (2003). « Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients ». *European Psychiatry*, 18(4), 155-160. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00052-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00052-X)
- Schelling, G., Richter, M., Rozenzand, B., Rothenhäusler, H.-B., Krauseneck, T., Stoll, C., ... Kapfhammer, H.-P. (2003). « Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery ». *Critical Care Medicine*, 31(7), 1971-1980. Repéré à <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000069512.10544.40>
- Schleifer, S. J., Maccari-Hinson, M. M., Coyle, D. A., Slater, W. R., Kahn, M., Gorlin, R. et Zucker, H. D. (1989). « The nature and course of depression following myocardial infarction ». *Archives of Internal Medicine*, 149(8), 1785-1789.
- Schubert, M., Auserhofer, D., Desmedt, M., Schwendemann, R., Lesaffre, E., Li, B. et De Geest, S. (2013). « Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals – A cross sectional study ». *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 230-239. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016>
- Takagi, H., Ando, T. et Umemoto, T. (2017). « Perioperative depression or anxiety and postoperative mortality in cardiac surgery: A systematic review and meta-analysis ». *Heart and Vessels*, 32(12), 1458-1468. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s00380-017-1022-3>
- Université de Montréal. (2019). « Troubles anxieux – Échelles de dépistage/Questionnaires ». Faculté de médecine – Département de médecine de famille et de médecine d'urgence. Repéré à <https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/GAD-7-francais.pdf>
- Walburn, J., Vedhara, K., Hankins, M., Rixon, L. et Weiman, J. (2009). « Psychological stress and wound healing in humans: A systematic review and meta-analysis ». *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 253-271. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.002>
- Zhang, C.-Y., Jiang, Y., Yin, Q.-Y., Chen, F.-J., Ma, L.-L. et Wang, L.-X. (2012). « Impact of nurse-initiated preoperative education on postoperative anxiety symptoms and complications after coronary artery bypass grafting ». *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(1), 84-88. Repéré à <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181289c4d>



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

www.vivresespasions.ca

Pour postuler rh.crssbj@sss.gouv.qc.ca

[@CRSSSBJ](https://www.facebook.com/CRSSSBJ)

TU ES INFIRMIER OU INFIRMIÈRE ?

JOINS-TOI À L'ÉQUIPE PASSIONNÉE DU CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES !

Exigences

- Détenir un DEC en soins infirmiers ou BAC en sciences infirmières ou par cumul de certificats;
- Avoir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Avantages

- Postes à temps complet ou à temps partiel (selon ton choix);
- Possibilité d'obtenir un congé sans solde pour œuvrer dans un établissement nordique;
- Prime annuelle de disparité régionale;
- Possibilité de déduction fiscale annuelle;
- Paiement des frais de déménagement;
- Et plus encore !

ⓘ Nous avons 3 postes d'IPS disponibles

- Santé mentale
- Première ligne
- Santé aux adultes

☎ Contacte-nous pour plus d'informations !



FAITES PARTIE D'UNE TRADITION D'EXCELLENCE



**PLACEMENT EN SANTÉ
RECRUTEMENT
INFIRMIÈRES**
partout au Québec

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.

OBSTÉTRIQUE

Méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur

L'expérience multisensorielle que représente le fait de donner naissance, jumelée à son caractère imprévisible, peut être douloureuse ou souffrante. Les fortes sensations ressenties lors de l'accouchement sont normales; en plus d'être porteuses de sens, elles peuvent coexister avec satisfaction et joie. Cet article met en lumière les méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur les plus fréquemment utilisées dans les centres hospitaliers du Québec et propose des actions à privilégier par l'infirmière et la personne accompagnant la parturiente.

par VÉRONIQUE LAROUCHE, inf., M. Sc., et MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.

Selon l'ASPC (2018), à peine 23 % des femmes ayant accouché ou tenté d'accoucher par voie vaginale ont indiqué n'avoir eu recours qu'à des méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur. Cette statistique témoigne de la popularité de la gestion de la douleur par des moyens pharmacologiques au détriment de moyens favorisant un accouchement naturel. En outre, l'utilisation de ces méthodes est en hausse, comme en témoigne le taux de péridurale qui est passé de 53 % en 2006-2007 à 58 % en 2015-2016 (ASPC, 2018).

L'utilisation des méthodes pharmacologiques n'est pas sans risque pour la parturiente et le fœtus. L'analgésie péridurale à elle seule augmente les interventions obstétricales, les césariennes, l'utilisation de l'ocytocine et l'extraction instrumentalisée, tout en diminuant les chances de succès de l'allaitement (ASPC, 2018).

Il serait bénéfique que l'on considère l'accouchement comme un processus physiologique normal en mettant l'accent sur le soutien, les approches non pharmacologiques de modulation de la douleur et des environnements favorables, en vue de réserver les méthodes pharmacologiques en seconde intention. En ce sens, les infirmières en obstétrique occupent une place privilégiée dans la promotion de l'accouchement physiologique. Elles jouent un rôle clé dans la diminution des interventions obstétricales.

Recommandées comme traitement de première intention de la douleur, les méthodes non pharmacologiques devraient être mises en œuvre pour l'ensemble des femmes tout au long du travail. Les infirmières gagneraient à les utiliser en vue de retarder le recours éventuel aux méthodes pharmacologiques. En repoussant ainsi la cascade d'interventions obstétricales, on stimule le sentiment de confiance de la femme.

LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

En dépit des nombreux effets positifs connus des méthodes non pharmacologiques, certains facteurs contribuent au fait qu'on ne les utilise toujours pas : manque de formation, surcharge de travail, environnements non favorables, manque d'équipement, etc.

Afin d'exercer pleinement leur rôle de soutien, les infirmières ont la responsabilité d'acquiescer des connaissances sur les méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur par la formation continue, notamment en participant à un programme certifié comme l'Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPROOB), de même qu'en lisant ou en suivant tout autre type de formation. Ces connaissances leur permettront d'être davantage outillées et de devenir des agents de changement pour faire évoluer l'équipe de soins dans l'utilisation des méthodes non pharmacologiques.

Le rôle de l'infirmière en salle d'accouchement auprès de la parturiente et de la personne qui l'accompagne consiste non seulement à suggérer, à enseigner et à démontrer ces méthodes, mais aussi à participer activement à leur utilisation en vue d'augmenter le confort ou de moduler la douleur de la parturiente.

Les infirmières, fortes de ces connaissances en évaluation de la condition physique et mentale et faisant preuve d'une sensibilité accrue devant les besoins spécifiques des parturientes, peuvent même aller plus loin et faire preuve d'innovation et de créativité afin d'offrir un soutien personnalisé. L'utilisation de ces méthodes promeut l'accouchement physiologique ainsi que le rôle essentiel de l'infirmière auprès des parturientes, tout comme l'implication des personnes qui les accompagnent dans ce moment unique (**Tableau 1**).

POURQUOI?

Les méthodes non pharmacologiques sont fondées sur l'utilisation optimale des ressources neuro-physiologiques et endocriniennes de la femme et sur une grande compréhension de la physiologie du stress et de la douleur occasionnés par les fortes sensations lors du travail (Larouche, Martel et Bronsard, 2019a). Elles peuvent être employées pour aider la parturiente à composer avec la douleur, soit en augmentant son sentiment de contrôle, soit en produisant un effet sur la douleur même (INESSS, 2012). Elles n'ont pas d'effets néfastes connus et peuvent être combinées.

Les méthodes les plus souvent utilisées sont la respiration (74 %), le changement de position (70 %) et la marche (52 %) (ASPC, 2018). Mais avant d'appliquer ces méthodes, voici quelques consignes de base :

- Si la femme et la personne qui l'accompagne n'ont pas reçu d'information concernant les méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur, l'infirmière devrait tenter de les informer le plus tôt possible, pendant la phase de travail.
- Si la femme est en travail actif, l'infirmière devra adapter son approche en transigeant davantage avec la personne qui l'accompagne, proposer des options, utiliser des phrases courtes et encourager l'essai de différentes méthodes pour la durée de quelques contractions; elle informera en outre la femme que c'est elle qui décide en tout temps de poursuivre ou non une méthode.
- Informer la femme et la personne qui l'accompagne qu'une méthode peut être efficace à un moment donné et ne plus l'être quelques instants plus tard.
- Savoir que les méthodes peuvent être combinées.
- Encourager la femme à alterner les différentes méthodes selon la situation ou l'effet recherché.

Note au lecteur

Experte en méthodes non pharmacologiques et en accompagnement des parturientes en salle d'accouchement, l'infirmière et gestionnaire Véronique Larouche dirige cette série d'articles sur le rôle de l'infirmière en salle d'accouchement. Cet article est le troisième de la série.

Tableau 1

MÉTHODES NON PHARMACOLOGIQUES DE MODULATION DE LA DOULEUR PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT : PRINCIPAUX EFFETS ET CONSIGNES POUR L'INFIRMIÈRE, LA PARTURIENTE ET LA PERSONNE QUI L'ACCOMPAGNE

CONTACT AVEC L'EAU

La parturiente peut s'immerger complètement dans une baignoire ou on peut diriger le jet de la douche sur certaines parties de son corps.

Consignes pour les infirmières

- Dans la baignoire, l'abdomen de la femme doit être entièrement recouvert.
- En phase de latence, le contact de l'eau ralentit le travail, tandis qu'en phase active, il l'accélère.
- Séance d'une durée de 60 à 90 minutes à la fois avec une pause d'environ 30 minutes entre les séances.
- La température de l'eau ne doit pas dépasser celle du corps de la femme.
- Une eau trop chaude peut mener à une hyperthermie fœtale et augmenter les risques d'infections.

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Inciter la femme enceinte à bien s'hydrater entre les contractions.
- La rafraîchir régulièrement à l'aide de compresses froides (au cou et au visage) ou de la glace.
- Bien que la parturiente puisse prendre différentes positions dans le bain, lui offrir la possibilité d'adopter des positions facilitant les massages et l'application de points de pression aux endroits désirés.
- Disposer des coussins et des serviettes autour de la baignoire afin d'augmenter le niveau de confort et d'encourager la mobilisation à l'intérieur même de la baignoire ou de la douche.

Effets bénéfiques

- Réduit l'utilisation d'analgésie et d'anesthésie
- Favorise et accélère la progression du travail
- Soulage la douleur
- Favorise le lâcher-prise
- Favorise la naissance physiologique
- Augmente la satisfaction
- Favorise la relaxation
- Favorise un sentiment d'intimité et de contrôle

Sources : Cluett et Burns, 2009; Maude et Foureur, 2007; Simkin et Bolding, 2004.

APPLICATION DE CHALEUR OU DE FROID

Il s'agit d'appliquer de la chaleur ou du froid sur certaines parties du corps de la femme.

Consignes pour les infirmières

- Utiliser compresses d'eau chaude ou froide, sac magique, coussin chauffant, bouillote, sac de glace, serviette sanitaire gelée, etc. (selon les consignes de sécurité de votre milieu de soins et les recommandations en matière de prévention des infections).
- La méthode choisie peut être appliquée sur le dos, le cou, la poitrine, le visage, l'abdomen ou le périnée, selon le désir de la parturiente.
- Pour soulager la douleur d'une contraction ressentie au bas du dos, appliquer la chaleur ou le froid à cet endroit, lors de la contraction. Entre les contractions, réchauffer ou refroidir la compresse ou toute autre méthode choisie. Il est à noter que certaines femmes préfèrent l'application de chaud ou de froid entre les contractions.
- On peut recourir à l'application de chaleur ou de froid à tout moment selon le désir de la femme. Généralement appréciée lors de la phase de latence et du travail actif, pour soulager la douleur due aux contractions utérines, et lors de la phase de la poussée pour soulager la pression et l'extension des tissus au niveau du périnée et de l'anus.

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Être proactif en rafraîchissant ou en réchauffant la compresse ou toute autre méthode choisie entre les contractions, de sorte qu'elle soit prête à l'utilisation lors de la contraction suivante.
- Porter attention aux risques de blessures si la parturiente est sous péridurale.
- Si les compresses sont appliquées au bas du dos, en profiter pour caresser ou masser les cuisses, les bras ou le cuir chevelu de la parturiente (selon ses préférences).

Effets bénéfiques

- Diminue la transmission du signal de douleur et offre du réconfort
- Augmente la souplesse et l'extensibilité des tissus du périnée
- Diminue les frissons, tremblements, tensions et spasmes musculaires
- Réduit l'inflammation et l'œdème des tissus du périnée

Sources : Lowdermilk, Perry et Cashion, 2012)

MASSAGES DOUX, CARESSES, EFFLEURAGE, PÉTRISSAGE

Il s'agit de masser délicatement, caresser, effleurer ou même de pétrir des parties du corps de la femme.

Consignes pour les infirmières

- Peuvent être pratiqués partout sur le corps (abdomen, épaules, dos, jambes, cuir chevelu), selon le désir de la parturiente.
- Différents accessoires peuvent être utilisés (mains, balles de massage, serviette humide, etc.).
- Peuvent être pratiqués pendant ou entre les contractions, selon le désir de la parturiente.
- Durant la phase de latence, ces méthodes sont généralement appréciées pour soulager les inconforts et la douleur associée aux contractions, pour diminuer les tensions musculaires ou comme moyen de distraction.
- Durant le travail actif, ces méthodes peuvent être utilisées entre les contractions pour aider à la relaxation, mais à ce stade les parturientes préfèrent généralement les massages douloureux.

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Proposer les massages tout au long du travail. La femme peut ne pas vouloir se faire toucher à un certain moment, alors qu'elle pourrait grandement apprécier le geste un peu plus tard.
- Les massages sont des moments de détente privilégiés à la création d'une bulle d'intimité.

Effets bénéfiques

- Favorisent la détente, relaxation musculaire
- Augmentent le taux d'endorphines
- Offrent un sentiment de sécurité
- Augmentent le sentiment de contrôle
- Diminuent la fréquence d'utilisation de la péridurale et ses effets secondaires
- Améliorent l'humeur et la satisfaction
- Atténuent l'anxiété
- Stimulent la libération d'hormones analgésiques empêchant partiellement la transmission du signal de douleur
- Augmentent le sentiment de contrôle

Sources : Chang et al., 2002; Kimber et al., 2008; Mortazavi et al., 2012; Smith et al., 2012; Taghinejad et al., 2010.

ACUPRESSION

Il s'agit de massages profonds aux points d'acupuncture. Les points les plus fréquemment utilisés sont au niveau de la main, du bas du dos, de la fesse ou de l'intérieur de la cheville.

Consignes pour les infirmières

- Faire une pression douloureuse et constante au point de pression lors de la contraction et relâcher la pression entre les contractions.
- Entre les contractions, préférer la pratique de massages doux et d'effleurage.
- Appliquer des cubes de glace aux points d'acupression (ce qui provoque une douleur secondaire favorisant la sécrétion d'endorphines).
- Recourir aux points d'acupression dès que la femme est incommodée par la douleur, quand elle ne sait plus quelle position prendre, entre autres. Les points de pression sont en général très efficaces pour atténuer la douleur particulièrement intense du travail actif.

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Alternier les sites où sont appliqués les points de pression, les massages pouvant être plus efficaces à certains endroits qu'à d'autres selon chaque femme.
- Encourager la femme à prendre différentes positions et à bouger lors de la contraction, en même temps qu'elle reçoit les massages aux points de pressions.

Effet bénéfique

- Diminution de la douleur associée aux contractions

Sources : Cho et al., 2010; Lee et Frazier, 2011; Smith et al., 2011a.

MOBILITÉ ET POSITION

Ce type de mesure réfère au fait de bouger et d'adopter une position verticale pendant le travail et l'accouchement.

Consignes pour les infirmières

- La mobilité et l'adoption de diverses positions doivent faire partie de chaque phase du travail.
- Lors de la phase de latence, si l'objectif est d'accélérer le travail, suggérer à la parturiente de rester debout et de marcher. Elle peut aussi vouloir s'étendre et se reposer tandis que les contractions ne sont pas trop inconfortables.
- Généralement, en travail actif, la femme aura besoin de bouger et d'adopter diverses positions (accroupie et près du sol). L'encourager à écouter son ressenti est la meilleure chose à faire.
- Lors de la poussée, il se peut que la femme veuille rester presque immobile et adopter des positions qui soient plus près du sol (accroupie, à quatre pattes), ce qui est normal et physiologique.
- Offrir des accessoires afin de maximiser ou d'encourager la mobilité (ballon, banc de naissance, barre de suspension, galette d'accouchement, oreillers).
- Encourager la femme à bouger librement et à accoucher dans les positions de son choix (généralement verticale ou accroupie).
- Dans le but de laisser davantage de liberté, privilégier l'auscultation intermittente au monitoring fœtal en continu lors de la mobilisation, si cela est possible. Lors de monitoring continu, permettre à la femme de bouger dans sa chambre et d'utiliser le ballon exercice et le banc de naissance. Utiliser des capteurs hydrofuges s'ils sont disponibles.
- Installer l'accès veineux le plus tard possible et seulement au besoin; privilégier les bouchons intermittents (appelés « salin lock ») afin de ne pas limiter la liberté de mouvement.

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Encourager la femme à demeurer à l'écoute de ses sensations et à adopter les positions de son choix.
- Essayer diverses positions tout au long du travail. Une position inconfortable à un moment donné peut devenir confortable un peu plus tard.
- Faire des points de pression et des massages, ou appliquer des compresses chaudes lorsque la femme adopte une position propice.

Effets bénéfiques

- Diminuent la douleur lorsque le fœtus est en occipito-postérieur
- Réduisent la douleur et augmentent le sentiment de contrôle
- Diminuent le temps de travail
- Diminuent l'utilisation de la péridurale
- Améliorent la circulation fœto-maternelle et l'oxygénation fœtale
- Facilitent la descente fœtale
- Réduisent le risque de naissance instrumentée ou par césarienne et d'épisiotomie
- Augmentent l'efficacité des contractions utérines
- Diminuent les traumatismes périnéaux

Sources : Gupta et Hofmeyr, 2004; Lawrence et al., 2009; Stremmer et al., 2005; Zwelling, 2010.

RELAXATION ET VISUALISATION

La relaxation résulte d'une prise de conscience des tensions corporelles suivie d'un relâchement volontaire des zones tendues, alors que la visualisation consiste à avoir des pensées positives.

Consignes pour les infirmières

- Encourager la détente volontaire des zones tendues (fesses, visage, mains).
- Inciter la femme à avoir des pensées positives (visualiser la contraction comme une vague qui arrive, gonfle et se retire, visualiser un lieu où elle se sent bien, sur le bord d'un lac ou à la plage, par exemple). Pour augmenter l'efficacité de la visualisation, il est préférable d'avoir choisi d'avance le sujet de l'imagerie mentale.
- Lui proposer de visualiser l'ouverture de son col et la descente du bébé.
- Lui suggérer de se créer une zone intime de confort.
- Contrôler l'environnement (atmosphère chaleureuse, adoucissement de l'éclairage et des bruits).

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Participer à la création d'une zone intime de confort favorisant la relaxation et la visualisation.
- S'assurer du confort et de l'intimité de la femme (couvertures, oreillers, musique, besoins comblés).
- Favoriser la proximité physique avec la femme (câlins) selon ses besoins.
- Être à son écoute afin de pouvoir lui suggérer le bon moment pour commencer les techniques de relaxation.
- Se répéter mentalement des phrases rassurantes avec la femme.

Effets bénéfiques

- Favorisent la détente
- Augmentent le sentiment de contrôle
- Diminuent l'intensité et l'aspect désagréable de la douleur
- Diminuent les accouchements vaginaux assistés
- Encouragent la sécrétion d'endorphines
- Aident à faire face au stress

Sources : Larouche et al., 2019b; Smith et al., 2011b.

RESPIRATION ET UTILISATION DES SONS

La respiration est une technique visant à distraire la femme, à réduire la perception de la douleur et à l'aider à garder la maîtrise d'elle-même.

Consignes pour les infirmières

- Encourager la femme à être consciente de sa respiration et à inspirer plus profondément lors des contractions.
- Guider la femme afin qu'elle adapte sa respiration à ses besoins selon la phase du travail grâce à diverses techniques de respiration (abdominale, abdominale soufflante ou chantante, abdominale bouche ouverte et expulsive).
- Durant la phase de latence tout comme lors du travail actif, favoriser la détente et réduire les malaises ainsi que la douleur.
- Lors de la poussée, la respiration expulsive peut être utilisée pour accroître la pression abdominale, aidant ainsi l'expulsion du nouveau-né. Pour éviter une naissance trop rapide ou pour maîtriser les muscles du périnée, une respiration abdominale bouche ouverte peut être utilisée.

Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Guider et accompagner la femme lorsqu'elle pratique les techniques de respiration.

Effets bénéfiques

- Détournent l'attention de la douleur
- Diminuent la douleur
- Engendrent un sentiment de calme, de confiance et de relaxation

Source : Thomas et Dhiwar, 2011.

MUSIQUE

Cette technique consiste à écouter de la musique pendant le travail et l'accouchement afin de favoriser la détente pendant la phase de latence ou de donner de l'énergie pour soutenir les efforts de la poussée.

Consignes pour les infirmières

- La musique peut être utilisée à tout moment selon les désirs de la femme
- Il peut être bénéfique d'y recourir pour stimuler les mouvements rythmés. Par exemple, encourager la parturiente à bouger le bassin en suivant le rythme d'une chanson.

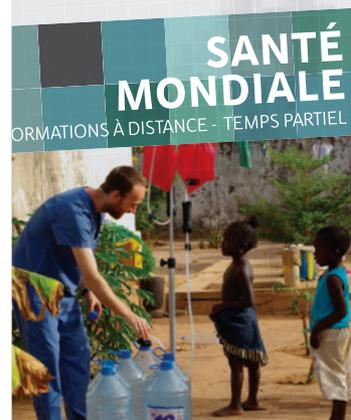
Consignes à la personne qui accompagne la parturiente

- Utiliser la liste de musique préparée pendant la grossesse, si une telle liste a été conçue. L'emploi d'écouteurs peut aider à favoriser une bulle d'intimité.
- Prendre en charge la recherche de chansons qui pourraient plaire à la parturiente.

Effets bénéfiques

- Stimule la libération d'endorphines
- Réduit l'anxiété
- Altère la perception de douleur
- Améliore la concentration
- Améliore l'humeur et la relaxation
- Diminue le stress

Sources : Boso et al., 2006; Browning, 2000; Hanser, 2009; Menon et Levitin, 2005; Richards et al., 2007.



DESS EN SANTÉ MONDIALE – 30 CRÉDITS
MICROPROGRAMME DE 2^E CYCLE
EN APPROCHE CLINIQUE EN SANTÉ
MONDIALE – 9 CRÉDITS

- > Formations spécialisées destinées à tous les professionnels de la santé.
- > Approche interdisciplinaire avec la contribution de plus de 40 experts, professeurs et professionnels de partout dans le monde détenant une expérience terrain.
- > Stage d'immersion clinique (DESS).
- > Régions abordées : Amérique centrale, Amérique latine, Afrique, Asie, Moyen-Orient, Nord québécois et canadien.
- > Thématiques variées : parasitologie et pathologie tropicale, épidémiologie, pharmacologie, santé-voyage, environnement, santé maternelle, santé des migrants, etc.

INFORMATION
 santemondiale@uqat.ca
 1 877 870-8728 poste 2108
 uqat.ca/santemondiale



Bon nombre des méthodes de modulation de la douleur mentionnées dans le **Tableau 1** ont fait l'objet de recherches et ont démontré de nombreux effets bénéfiques dont les seuils d'efficacité peuvent varier selon les femmes. Grâce à son jugement clinique et à son expertise en obstétrique, l'infirmière est en mesure de déterminer les méthodes les plus aidantes pour la femme. Elle peut lui suggérer un large éventail de méthodes, lui offrant ainsi des soins individualisés qui évoluent selon sa situation clinique et ses besoins.

De concert avec l'utilisation de ces méthodes, un environnement favorable doit être déployé pour à la fois protéger et potentialiser la physiologie normale de l'accouchement. L'infirmière assurera notamment une vigilance de certains facteurs favorisant (permettre l'alimentation et l'hydratation, limiter la circulation, préserver l'intimité, encourager la liberté de mouvements) et défavorisant (lumières vives, bruits, peur et anxiété) (Larouche, Martel et Bronsard, 2019b). En faisant de cette vigilance une priorité, l'infirmière met ainsi la table à une gestion de la douleur de l'accouchement reposant sur la physiologie normale et l'utilisation des méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur.

CONCLUSION

Faciles d'accès, les méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur proposées dans cet article sont celles qui sont les plus fréquemment utilisées dans les hôpitaux du Québec. Néanmoins, il existe bon nombre d'autres méthodes, comme l'auto-hypnose, les méthodes Bonapace et de Gasquet ainsi que la neurostimulation transcutanée (TENS). Ajoutons que seulement 30 % des femmes se prévalent de cours de préparation à la naissance (ASPC, 2018, Lowdermilk, Perry et Cashion, 2012). Cette statistique est préoccupante puisque la préparation des femmes à l'accouchement, au cours de la période prénatale, figure parmi les mesures prometteuses suggérées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2012) afin de diminuer le recours aux interventions lors du travail et de l'accouchement.

Il est donc souhaitable que les infirmières en obstétrique reconnaissent la nécessité de prioriser une orientation de soins axée sur la modulation de la douleur par des approches non pharmacologiques et la prévention de la souffrance. En se formant sur ces approches, les infirmières seront davantage outillées pour occuper pleinement leur champ d'exercice, tout en accompagnant les femmes pendant cet événement unique de leur vie. ●




DESS EN SANTÉ MONDIALE – 30 CRÉDITS
MICROPROGRAMME DE 2^E CYCLE
EN APPROCHE CLINIQUE EN SANTÉ
MONDIALE – 9 CRÉDITS

- > Formations spécialisées destinées à tous les professionnels de la santé.
- > Approche interdisciplinaire avec la contribution de plus de 40 experts, professeurs et professionnels de partout dans le monde détenant une expérience terrain.
- > Stage d'immersion clinique (DESS).
- > Régions abordées : Amérique centrale, Amérique latine, Afrique, Asie, Moyen-Orient, Nord québécois et canadien.
- > Thématiques variées : parasitologie et pathologie tropicale, épidémiologie, pharmacologie, santé-voyage, environnement, santé maternelle, santé des migrants, etc.

INFORMATION
 santemondiale@uqat.ca
 1 877 870-8728 poste 2108
 uqat.ca/santemondiale



LES AUTEURES

VÉRONIQUE LAROCHE
Inf., M. Sc.

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

MARIE-JOSÉE MARTEL
Inf., Ph. D.

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

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient pour leur collaboration à cet article la maman partenaire Roxane Gélinas ainsi que Martine Lessard, infirmière et assistante au supérieur immédiat à la Direction enfance jeunesse famille du Centre parents-enfants, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ).

RÉFÉRENCES

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

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

Boso, M., Politi, P., Barale, F. et Enzo, E. (2006). «Neurophysiology and neurobiology of the musical experience». Functional Neurology, 21(4), 187-191.

Browning, C. A. (2000). «Using music during childbirth». Birth, 27(4), 272-276.

Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G., Moutquin, J. M., Bonapace, J. (2014). «Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: A meta-analysis». Birth, 41(2), 122-137.

Chang, M. Y., Wang, S. Y. et Chen, C. H. (2002). «Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan». Journal of Advanced Nursing, 38(1), 68-73.

Cho, S. H., Lee, H. et Ernst, E. (2010). «Acupuncture for pain relief in labour: A systematic review and meta-analysis». BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 117(8), 907-920.

Cluett, E. R. et Burns, E. (2009). «Immersion in water in labour and birth». Cochrane Database of Systematic Reviews, 2(CD000111).

Gupta, J. K. et Hofmeyr, G. J. (2004). «Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia». Cochrane Database of Systematic Reviews, 1(CD002006).

Hanser, S. B. (2009). «At first and last breath: Breathing with music in childbirth and near the end of life». Dans Ronit Azoulay et Joanne V. Loewy (dir.), Music, the breath and health: Advances in integrative music therapy, (p. 251-262). New York: Satchnot Press.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2012). «Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque» [Avis préparé par Michel Rossignol, Faiza Boughassa et Jean-Marie Moutquin]. ETMIS, 8(14), 1-134. Repéré à https://www.inesss.gc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ObstetriqueGynecologie/ETMIS_2012_Vol8_No14.pdf

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

Kimber, L., McNabb, M., McCourt, C., Haines, A. et Brocklehurst, P. (2008). «Massage or music for pain relief in labour: A pilot randomised placebo controlled trial». European Journal of Pain, 12(8), 961-969.

Larouche, V., Martel, M. J. et Bronsard, A. (2019a). «La douleur de l'accouchement: un processus physiologique». Perspective infirmière, 16(4), 20-25.

Larouche, V., Martel, M. J. et Dufresne, C. (2019b). «Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement». Perspective infirmière, 16(3), 61-64.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T. et Styles, C. (2009). «Maternal positions and mobility during first stage labour». Cochrane Database of Systematic Reviews, 2(CD003934).

Lee, E. J. et Frazier, S. K. (2011). «The efficacy of acupressure for symptom management: A systematic review». Journal of Pain and Symptom Management, 42(4), 589-603.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. et Cashion, K. (2012). «Soins infirmiers - Périnatalité». Montréal, QC: Chenelière Éducation.

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

Maude, R. M. et Foureau, M. J. (2007). «It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth». Women and Birth, 20(1), 17-24.

Menon, V. et Levitin, D. J. (2005). «The rewards of music listening: Response and physiological connectivity of the mesolimbic system». NeuroImage, 28(1), 175-184.

Mortazavi, S. H., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K. et Vasegh Rahimparvar, S. F. (2012). «Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor». Archives of Gynecology and Obstetrics, 286(1), 19-23.

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health / National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). «Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth». London: RCOG Press.

Richards, T., Johnson, J., Sparks, A. et Emerson, H. (2007). «The effect of music therapy on patients' perception and manifestation of pain, anxiety, and patient satisfaction». Medsurg Nursing, 16(1), 7-14.

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

Smith, C. A., Collins, C. T., Crowther, C. A. et Levett, K. M. (2011a). «Acupuncture or acupressure for pain management in labour». Cochrane Database of Systematic Reviews, 7(CD009232).

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T. et Crowther, C. A. (2011b). «Relaxation techniques for pain management in labour». Cochrane Database of Systematic Reviews, 12(CD009514).

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T. et Jones, L. (2012). «Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour». Cochrane Database of Systematic Reviews, 2(CD009290).

Stremier, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J. et Willan, A. R. (2005). «Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor». Birth, 32(4), 243-251.

Taghinejad, H., Delpisheh, A. et Suhrabi, Z. (2010). «Comparison between massage and music therapies to relieve the severity of labor pain». Women's Health, 6(3), 377-381.

Thomas, E. et Dhiwar, S. (2011). «Effectiveness of patterned breathing technique in reduction of pain during first stage of labour among primigravidas». Sinhgad e-Journal of Nursing, 1(2), 6-8.

Trout, K. K. (2004). «The neuromatrix theory of pain: Implications for selected nonpharmacologic methods of pain relief for labor». Journal of Midwifery & Women's Health, 49(6), 482-488.

Wei, S., Wo, B. L., Qi, H. P., Xu, H., Luo, Z. C., Roy, C. et Fraser, W. D. (2013). «Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care». Cochrane Database of Systematic Reviews, 8(CD006794).

Zwelling, E. (2010). «Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress». MCN-The American Journal of Maternal Child Nursing, 35(2), 72-78.

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation en soins des pieds

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

Formation pour débutants

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

Formations avancées en soins des pieds

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

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISPQ

Prochains cours :

INTENSIF
27 janvier 2020

HYBRIDE
5 mars 2020

HEBDOMADAIRE
7 janvier 2020



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

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



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



WWW.SURPIED.COM

INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197

Faire un budget de couple avec deux salaires différents

Comment faire un budget de couple lorsqu'on ne gagne pas le même salaire? Découvrez des pistes pour y arriver.

Faire les calculs

La première étape d'un budget de couple, après avoir calculé les revenus, consiste à faire une liste des dépenses qui seront partagées par les conjoints ainsi que celle des dépenses personnelles. Parmi les dépenses à deux, il faut généralement compter le loyer, ou le remboursement du prêt hypothécaire, et les services comme l'électricité, la connexion Internet, etc. Calculez aussi tous les trucs achetés en commun, comme l'épicerie ou le paiement de la voiture.

Décider à deux

Il existe plusieurs façons de séparer les dépenses dans un couple. Pour les couples qui n'ont pas le même salaire, c'est souvent plus efficace de diviser certaines factures 50/50 et de répartir d'autres dépenses au prorata du salaire de chacun.

- > Maude et Jonathan* se partagent de façon égale le paiement du loyer, de l'électricité, d'Internet et du câble ainsi que l'épicerie et les petits achats pour l'appartement. « Nous divisons toutes les dépenses communes de façon égale, et nous payons chacun nos dépenses personnelles », explique Jonathan.
- > Lorsqu'ils ont commencé à gérer leurs finances de couple, Jonathan gagnait environ 30 000 \$ par année, alors que Maude avait un revenu approximatif de 90 000 \$. C'est donc elle qui s'est chargée de meubler leur appartement.
- > Maintenant que son salaire est plus élevé, Jonathan peut contribuer aux plus gros achats. Le couple pourrait alors décider de séparer les dépenses en fonction du salaire de chacun.

- > Par exemple, lorsque Maude faisait environ 90 000 \$ et Jonathan 30 000 \$ par année, le revenu total de leur ménage était de 120 000 \$. Le salaire de Maude constituait 75 % de leurs revenus et celui de Jonathan, 25 %. S'ils payaient leur loyer mensuel de 680 \$ au prorata de leur salaire, elle paierait 510 \$ par mois et lui, 170 \$.

Payer sans soucis

Certaines personnes vont opter pour un compte conjoint où chacun transfère l'argent nécessaire aux dépenses du couple. D'autres vont préférer faire les paiements eux-mêmes et demander à leur conjoint ou conjointe de leur transférer leur contribution. Plusieurs couples choisissent d'utiliser une combinaison de ces deux méthodes. Il est aussi possible d'utiliser une carte de crédit commune.

S'armer d'outils efficaces

Pour se rembourser entre conjoints, il y a l'argent comptant et de nombreux outils numériques qui peuvent faciliter les transferts d'argent et suivre un budget.

- > Maude et Jonathan utilisent constamment des outils en ligne pour gérer leur budget. « On se fait souvent des virements Interac quand l'autre paie quelque chose. (...) Si l'un de nous deux va à l'épicerie, on paie avec notre carte de crédit commune, et l'autre rembourse la moitié avec un transfert en ligne. »

Peu importe l'écart salarial entre deux conjoints, l'important est de se mettre d'accord sur une façon de séparer les dépenses et de bien communiquer avec son ou sa partenaire.

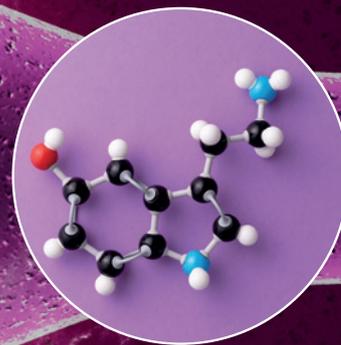
*Noms fictifs.

Banque Nationale propose une offre exclusive pour les 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.).



RÉACTION GRAVE SECONDAIRE À LA PRISE D'ANTIPSYCHOTIQUES OU D'AUTRES MÉDICAMENTS DOPAMINERGIQUES

Le syndrome malin des neuroleptiques

Le DSM-5 catégorise le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) parmi les troubles du mouvement et autres effets indésirables induits par un médicament (APA, 2013). Le nom même du syndrome malin des neuroleptiques laisse croire que ce problème neurologique – rare – est causé exclusivement par des antipsychotiques. Pourtant, il peut aussi survenir chez des patients qui n'en prennent pas. Cet élément, souvent méconnu par les professionnels de la santé, peut en retarder le diagnostic et la prise en charge. Pire, des taux de mortalité de 10 à 20 % ont été signalés lorsque le trouble n'est pas reconnu...

par **FETHI BOUDEBZA, inf., M. Sc.**

Révision scientifique : **NANCY LÉGARÉ, B. PHARM., M. Sc., Pharm. D., BCPP, BCPS**

M^{me} Lambert, âgée de 71 ans, est atteinte de la maladie de Parkinson. Un médecin de famille la suit. Ce matin, elle est admise au service de chirurgie d'un jour du département d'ophtalmologie pour une blépharoplastie de la paupière supérieure droite. La veille de l'intervention, elle a interrompu toute sa médication pour diminuer le risque de saignement postopératoire, même son médicament antiparkinsonien qu'elle ne devait pas arrêter. En général, elle prend de l'acétaminophène 650 mg PO q 8h PRN pour soulager ses douleurs arthritiques, de la warfarine (Coumadin^{MD}) 2,5 mg PO DIE pour prévenir une récédive de thrombose veineuse profonde et de la lévodopa carbidopa (Sinemet^{MD}) 250 mg/25 mg PO TID pour la maladie de Parkinson. Elle devra reprendre tous ses médicaments 24 h après sa chirurgie.

De retour chez elle, M^{me} Lambert, distraite, ne prend que les médicaments prescrits après son intervention, soit de l'acétaminophène (Tylenol^{MD}) 1 g PO q 6h PRN contre la douleur et un onguent ophtalmique d'érythromycine (Ilotycin^{MD}) 5 mg/g, 1 application BID pour prévenir les complications.

Le lendemain, sa fille remarque que sa mère est désorientée et fiévreuse, qu'elle transpire abondamment et que sa démarche est rigide. La patiente est amenée à l'urgence en ambulance. Selon ce tableau clinique, quelle serait votre constat d'évaluation?

Le syndrome malin des neuroleptiques est en général une complication rare de la prise de neuroleptiques. Dans le cas de M^{me} Lambert, il peut échapper à la vigilance du personnel médical, puisqu'elle ne prend aucun médicament antipsychotique. Une omission qui pourrait pourtant lui être fatale... Cet article traite du syndrome malin des neuroleptiques (SMN). Il présente les médicaments antipsychotiques et explique la controverse entourant le nom donné à ce syndrome.

URGENCE MÉDICALE

Un SMN peut être fatal. Il constitue une urgence médicale. La 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'American Psychiatric Association (APA) affirme que « [...] des taux d'issues fatales de 10-20 % ont été rapportés lorsque le trouble n'est pas reconnu » (APA, 2013). Sahin et al.

Encadré 1

SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES : UN NOM CONTROVERSÉ

À cause du nom donné à ce syndrome dans les années 1960, de nombreux soignants l'associent exclusivement à la prise d'antipsychotiques. Des chercheurs souhaitent maintenant que le SMN soit rebaptisé. Ils démontrent que la désignation actuelle est trompeuse, qu'elle contribue à la confusion des cliniciens et qu'elle diminue leur vigilance, surtout quand le patient ne prend pas d'antipsychotique (Menon, Thamizh, Rajkumar et Selvakumar, 2016).

Dans un article intitulé « Neuroleptic Malignant Syndrome : No Longer Exclusively a "Neuroleptic" Phenomenon », Wargo et Gupta (2005) mettent en garde la communauté médicale contre les critères de l'APA qui, expliquent-ils, retardent le diagnostic et la prestation des soins appropriés. Ils encouragent l'APA à réévaluer ses lignes directrices.

Or, il n'existe pas assez d'études démontrant de manière objective que le nom du SMN nuit à la pratique clinique. En revanche, de plus en plus de chercheurs adoptent une approche critique et souhaitent en revoir les critères diagnostiques. Menon et al. (2016) remettent en question le nom trompeur de ce syndrome. Ils constatent le besoin de le reconceptualiser et proposent même une appellation de remplacement : « Malignant extrapyramidal autonomic syndrome/MEAS » afin d'améliorer la prévention et le dépistage proactif.

Puisque la réduction de l'activité dopaminergique centrale semble être le mécanisme physiopathologique commun entre les antipsychotiques et l'arrêt brusque de la lévodopa, Montastruc, Bagheri et Senard (2000) proposent le nom de « syndrome malin d'hypofonctionnement dopaminergique central ».

(2017) démontrent l'importance d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge immédiate. Selon eux, le taux de mortalité est de 5 à 20 % en cas de diagnostic précoce, mais peut atteindre 70 % lors de complications.

Le nom même de ce syndrome laisse croire que ce problème neurologique est causé exclusivement par des antipsychotiques. Pourtant, le SMN peut aussi survenir chez des patients qui n'en prennent pas. Cet élément, souvent méconnu par les professionnels de la santé, nuit au diagnostic et au retard (Gall-Ojurongbe et Williams, 2015) (Encadré 1).

En effet, bien que la majorité des SMN implique l'usage d'antipsychotiques, d'autres médicaments suscitent parfois une réaction semblable (Berman, 2011). Ainsi, le problème aurait affecté des personnes ayant pris du lithium (Koehler et Mironde, 1988; Pope, Cole, Choras et Fulwiler, 1986), certains antidépresseurs (Addonizio, 1991; Langlow et Alarcon, 1989), ainsi que des antiémétiques dopaminergiques (Robinson, Kennett, Harding, Legg et Clarke, 1985). Quelques articles relèvent des cas de SMN chez des patients atteints de la maladie de Parkinson ayant arrêté la lévodopa (Rascol, Salachas et Montrastruc, 1990).

LES ANTIPSYCHOTIQUES

Le rôle principal des antipsychotiques est de diminuer les symptômes de la psychose comme les délires et les hallucinations. Ces médicaments sont surtout utilisés dans le traitement de la schizophrénie. Actuellement, ils servent aussi à traiter d'autres problèmes que la psychose. Ainsi, ils ont prouvé une certaine efficacité dans le traitement de troubles comme le syndrome de Gilles de La Tourette, les troubles affectifs et les troubles anxieux. Ils servent même à soigner certains problèmes physiques.

Plusieurs critères servent à classer les antipsychotiques. La classification la plus répandue est basée sur leur propension à induire des effets secondaires extrapyramidaux et mène vers deux sous-catégories : les antipsychotiques typiques appelés aussi « de première génération », et les antipsychotiques atypiques ou « de deuxième génération ». Les neuroleptiques, du grec *neuron* (nerf) et *leptos* (qui affaiblit), représentaient beaucoup plus les antipsychotiques typiques. À des doses thérapeutiques, ils peuvent

entraîner des effets extrapyramidaux à court terme comme le parkinsonisme, l'akathisie et la dystonie et, à long terme, la dyskinésie tardive.

Les antipsychotiques atypiques génèrent beaucoup moins d'effets extrapyramidaux. Dans les cas de schizophrénie, ils agissent non seulement sur les symptômes positifs comme les délires ou les hallucinations, mais, dans une moindre mesure, peuvent aussi améliorer les symptômes négatifs, comme le retrait social ou l'anhédonie, et les symptômes cognitifs.

Le mécanisme d'action commun aux deux sous-catégories d'antipsychotiques est l'antagonisme des récepteurs dopaminergiques D₂. Les antipsychotiques atypiques, aussi des antagonistes des récepteurs sérotoninergiques 5-HT₂, auraient toutefois un ratio d'affinité 5-HT₂/D₂ et un antagonisme du D₂ relativement modéré en comparaison avec les antipsychotiques typiques (Lambert et Beaulieu, 2011).

Keltner et Johnson (2002) ainsi que plusieurs autres auteurs proposent une classification des antipsychotiques en trois générations :

- Antipsychotiques de première génération, dits traditionnels ou typiques, plus anciens (1950 à 1990) : chlorpromazine, halopéridol, fluphénazine, etc.
- Antipsychotiques de deuxième génération, dits atypiques, de 1990 à nos jours : clozapine, rispéridone, olanzapine, etc.
- Antipsychotiques de troisième génération, de 2010 à nos jours : ils regroupent principalement des agonistes D₂ partiels baptisés « stabilisateurs de système dopaminergique ». L'aripiprazole (Abilify^{MD}) est un exemple d'antipsychotique de troisième génération. Dans le traitement de la schizophrénie, ce médicament agit à la fois comme antagoniste pour réduire la surexpression dopaminergique responsable des symptômes positifs et comme agoniste pour maintenir sans excès une activité dopaminergique de base dans les régions hypoactives.

Épidémiologie

Le DSM-5 catégorise le SMN parmi les troubles du mouvement et autres effets indésirables induits par un médicament (APA, 2013). Il s'agit d'une complication rare. Selon Nielsen, Jensen et Nielsen (2012), l'occurrence du SMN est peu élevée chez les patients prenant des

Tableau 1
MÉDICAMENTS POUVANT INDUIRE UN SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES (LISTE NON EXHAUSTIVE)

CLASSE	MÉDICAMENTS		
Antipsychotiques traditionnels dits aussi typiques, classiques ou de première génération	Chlorpromazine Flupenthixol Fluphénazine	Halopéridol Loxapine Perphénazine	Pimozide Trifluopérazine Zuclopenthixol
Nouveaux antipsychotiques dits aussi atypiques et de deuxième ou troisième génération	Aripiprazole Clozapine Lurasidone	Olanzapine Palipéridone Quétiapine	Rispéridone Ziprasidone
Antémétiques dopaminergiques	Dompéridone Métoclopramide	Prochlorpérazine Prométhazine	

Source : Adapté de Tanen, 2019. (Tiré de Le Manuel Merck, édité par Robert Porter. Copyright 2019 par Merck Sharp & Dohme Corp., une filiale de Merck & Co., Inc, Kenilworth, NJ. Repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/blessures-empoisonnement/troubles-dus-%C3%A0-la-choleurstyndrome-malin-des-neuroleptiques>)

Si le SMN est attribuable à l'arrêt d'un médicament prodopaminergique, par exemple la lévodopa carbidopa, sa réintroduction immédiate est nécessaire.

neuroleptiques (0,04 %), mais le taux de mortalité accroît dans les 30 jours suivant le diagnostic. Brunton, Lazo et Parker (2006) l'évaluent à 10 %. Le risque n'est pas seulement associé aux doses thérapeutiques d'antagonistes dopaminergiques typiques mais aussi aux atypiques et à d'autres médicaments utilisés en médecine comme la dompéridone (Motilium^{MD}), la métoclopramide (Maxeran^{MD}), la tétrabénazine (Nitoman^{MD}) et la prochlorpérazine (Stemetil^{MD}) (Tableau 1).

Chez les patients prenant un médicament neuroleptique, le risque est plus élevé avec les antipsychotiques de première génération (typiques) qu'avec ceux de deuxième génération (atypiques). Les données disponibles suggèrent des taux d'incidence du SMN de 0,01 à 0,02 % chez les personnes traitées avec des antipsychotiques (Spivak et al., 2000; Stübner et al., 2004). La progression temporelle des signes et symptômes fournit des indices importants pour le diagnostic et le pronostic. L'altération de l'état mental et d'autres signes neurologiques précèdent en général les signes systémiques (Velamoor et al., 1994). L'apparition des symptômes varie de quelques heures à quelques jours après le début du traitement. Certains patients éprouveront des symptômes dans les 24 heures suivant le début du traitement, la plupart dans la première semaine et pratiquement tous dans les 30 jours (Bhandari et Mann, 1988).

Une fois le syndrome diagnostiqué et les antipsychotiques oraux arrêtés, les symptômes disparaissent dans la plupart des cas. Le temps de récupération moyen après l'arrêt du médicament est de 7 à 10 jours, la plupart des individus se rétablissant dans la semaine et presque tous dans les 30 jours (Caroff et Mann, 1988). La durée du rétablissement peut être prolongée en présence d'antipsychotiques à longue durée d'action. Des cas de signes neurologiques résiduels persistant pendant des semaines après la résolution des symptômes hypermétaboliques aigus (Caroff et al., 2000) ont été signalés, mais, dans la plupart des cas, une résolution totale des symptômes est obtenue.

Cependant, des taux de mortalité de 10 à 20 % ont été signalés lorsque le trouble n'est pas reconnu (Caroff, 2003). La vaste majorité des patients ne présentent pas de récurrence du SMN lorsqu'ils sont traités de nouveau avec des antipsychotiques (Pope et al., 1991), mais certains peuvent en éprouver encore des symptômes, surtout si les antipsychotiques sont réinstaurés peu de temps après un épisode (Caroff et Mann 1988; Rosebush et al., 1989; Susman et Addonizio, 1988). Bien que l'âge et le sexe soient des éléments sur lesquels

les auteurs ne font pas consensus, une récente revue systématique a cependant démontré que l'incidence la plus élevée du SMN se trouve dans la tranche des 20 à 25 ans et que les hommes sont deux fois plus susceptibles d'en être atteints que les femmes (Gurrera, 2017).

LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Typiquement, le SMN se caractérise par une altération de l'état mental, de la fièvre, de la rigidité et une perturbation du système nerveux autonome. (Voir l'Encadré 2 pour le diagnostic différentiel.)

Selon le DSM-5 (APA, 2013), la présence des huit critères suivants peuvent mener à un diagnostic de SMN :

1. Traitement avec un antagoniste dopaminergique durant les 72 heures précédant l'apparition des symptômes.
2. Élévation de la température à > 38°C (à au moins deux occasions, mesurée oralement) et présence d'une diaphorèse profuse.
3. Rigidité musculaire généralisée sévère et non soulagée par des médicaments antiparkinsoniens et possiblement présence d'autres symptômes neurologiques (tremblements, sialorrhée, akinésie, dystonie, trismus, myoclonie, dysarthrie, dysphagie, rhabdomyolyse).
4. Élévation de l'activité créatine kinase plasmatique supérieure à quatre fois la limite supérieure de la normale.
5. Changement de l'état mental (confusion, délirium, stupeur, coma).
6. Tachycardie (fréquence de > 25 % de la normale) ou augmentation de la pression artérielle (systolique ou diastolique \geq 25 % par rapport à la normale) ou fluctuation (\geq 20 mmHg de la PA diastolique ou \geq 25 mmHg de la PA systolique dans les 24 heures).
7. Possibilité d'incontinence urinaire et pâleur.
8. Présence d'une tachypnée (R > 50 % de la normale); possibilité de détresse respiratoire générée par une acidose métabolique, un hypermétabolisme, une restriction de l'ampliation thoracique, une pneumonie par inhalation ou une embolie pulmonaire aboutissant à un arrêt respiratoire soudain.

FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs qui augmentent les risques de contracter un SMN ne font pas consensus. Cependant, la littérature récente indique cinq catégories de facteurs (Tse, Barr, Scarapicchia et Vila-Rodriguez, 2015; Pileggi et Cook, 2016; Oruch, Pryme, Engelsen et Lund, 2017; Gurrera, 2017) :

Encadré 2

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS PROVENANT D'AUTRES CAUSES

Les complications d'un SMN pouvant mener à la mort, un diagnostic précoce est primordial. D'autres problèmes de santé ont des symptômes similaires. Il est important de les exclure afin de finaliser le diagnostic :

- origine infectieuse (abcès cérébral, encéphalite, méningite, rage, choc septique et tétanos);
- origine neuropsychiatrique (délirium, catatonie létale et état épileptique non convulsif);
- origine pharmacologique (délirium anticholinergique, interactions médicamenteuses, sevrage pharmacologique, effets extrapyramidaux, hyperthermie maligne et syndrome sérotoninergique);
- origine toxique (métaux lourds tels plomb et arsenic, lithium, salicylates et substances illicites) ;
- origine endocrine (phéochromocytome et thyrotoxicose) ;
- origine environnementale (insolation et envenimation d'araignées).

Sources : Berman, 2011; Chandran, Mikler et Keegan, 2003; Strawn, Keck et Caroff, 2007.

1. Facteurs de risque liés au traitement : **a)** usage d'antipsychotiques quelle que soit la dose ou la voie d'administration; **b)** début du traitement; **c)** augmentation rapide ou changement de dose; **d)** forte dose d'antipsychotique; **e)** combinaison d'antipsychotiques et de médicaments non antipsychotiques; **f)** voie parentérale d'administration de l'antipsychotique; **g)** agitation extrême; **h)** usage de contention; **i)** usage d'antipsychotiques huileux injectables à longue action; **j)** usage d'antipsychotiques de première génération; **k)** arrêt soudain de médication prodopaminergique ou antipsychotique; **l)** arrêt ou dosage inadéquat de médicaments antiparkinsoniens; **m)** usage d'antidépresseurs, de stabilisateurs d'humeur, particulièrement le lithium, ou de médicaments antiparkinsoniens.
2. Facteurs de risque liés à l'environnement : **a)** température élevée; **b)** exposition prolongée à la chaleur.
3. Facteurs de risque liés au patient : **a)** antécédents familiaux de syndrome catatonique; **b)** antécédents de SMN; **c)** catatonie récente; **d)** postpartum (à cause du risque d'usage de psychotropes); **e)** sexe masculin (50 % plus à risque que les femmes); **f)** âge (jeunes adultes âgés entre 20-25 ans); **g)** combinaison de maladies physiques et psychiatriques; **h)** canalopathies musculaires.
4. Facteurs de risque liés à la biochimie : **a)** déshydratation; **b)** hyponatrémie; **c)** hypocalcémie; **d)** diminution de l'absorption de lévodopa.
5. Autres facteurs de risque : **a)** diminution du fer sérique; **b)** anomalie génétique au niveau des récepteurs D₂.

PRÊT
POUR TON
NOUVEAU DÉFI?

**MON+ VOUS OFFRE**

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

MON+ RECHERCHE

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

T 877 333-7439

mon@multioptionsnursing.com

www.multioptionsnursing.com



Tableau 2
RÔLE INFIRMIER EN CAS DE SMN SUSPECTÉ

ÉVALUATION ET SURVEILLANCE CLINIQUE	INTERVENTION
<ul style="list-style-type: none"> • Identification de la clientèle à risque et des facteurs de risque • Surveillance des fonctions et signes vitaux (particulièrement si hyperpyrexie, tachycardie, tachypnée et fluctuation de la tension artérielle) • Surveillance de l'état de conscience (coma, stupeur) • Surveillance si présence de rigidité musculaire, diaphorèse, incontinence urinaire, pâleur • Suivi des analyses sanguines (particulièrement si ↑ CK) 	<ul style="list-style-type: none"> • Installer un accès veineux avec du NaCl 0,9 % (pour ↑ hydratation et administration IV des médicaments) • Refroidissement corporel, administration d'antipyrétiques (ex. : acétaminophène) • Dosage ingesta-excréta • Selon le cas et en collaboration avec le médecin, envisager la réintroduction des agonistes dopaminergiques (p. ex. : lévodopa carbidopa (Sinemet^{MD}) ou l'interruption immédiate des antagonistes dopaminergiques (p. ex. : olanzapine [Zyprexa^{MD}] ou d'autres médicaments précipitants (p. ex. : lithium, métoclopramide [Maxeran^{MD}]) • Selon le cas et la sévérité des symptômes, en collaboration avec le médecin, envisager l'administration de médicaments spécifiques (Tableau 3) • Transférer le patient aux soins intensifs si détérioration

Source : conçu par l'auteur.

Depuis plus récemment, être non caucasien (*non-white ethnic groups*) est aussi considéré comme un facteur de risque (Sahin et al, 2017).

RÔLE INFIRMIER DANS LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT

La prévention combinée avec une approche proactive permettrait d'éviter le SMN en ciblant la diminution des facteurs de risque modifiables. De façon générale, le traitement vise les symptômes. Il prône l'arrêt de toute médication antipsychotique ou toute autre médication précipitante dès l'apparition des premiers symptômes. Par ailleurs, si le SMN est attribuable à l'arrêt d'un médicament prodopaminergique, par exemple la lévodopa carbidopa, sa réintroduction immédiate est nécessaire. En raison de son contact constant avec les patients, l'infirmière contribue grandement à prévenir ou à minimiser les complications du SMN (**Tableau 2**), notamment par l'exercice de deux de ses activités réservées :

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

La surveillance étroite des fonctions et signes vitaux permet aussi d'établir la nécessité d'un transfert aux soins intensifs.

Les traitements basés sur des données probantes réfèrent, entre autres, à un algorithme établi selon la sévérité du SMN exprimée en cinq stades, chacun ayant une présentation clinique distincte et nécessitant des soins de soutien et une pharmacothérapie spécifique (Woodbury et Woodbury, 1992). (**Tableau 3**).

Dans les cas d'un SMN réfractaire ou ne répondant que partiellement aux différentes options pharmacologiques, l'électroconvulsivothérapie (ECT) est une option. Un exemple de Woodbury et Woodbury (1992) rapporte le cas d'une patiente atteinte d'un SMN depuis un mois malgré l'administration de grandes doses de bromocriptine et de dantrolène. Après neuf cycles d'ECT bilatérale à une fréquence de trois cycles par semaine, la rigidité musculaire a complètement disparu, et ce, sans symptôme résiduel. Le mécanisme d'action des électrochocs n'est pas encore bien compris, mais des résultats positifs ont été observés pour d'autres troubles psychologiques réfractaires (Pileggi et Cook, 2016). Des auteurs supposent que l'ECT favoriserait la sécrétion de la dopamine (Mihailescu, 2010).

Tableau 3
TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU SMN

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES	MÉDICAMENTS ET DOSAGES
Légère rigidité; catatonie ou confusion; hyperthermie (38°C); tachycardie (≥ 100 bpm)	<ul style="list-style-type: none"> • Lorazépam 1-2 mg IM ou IV q 4-6 h
Rigidité modérée, mutisme, catatonie; confusion, stupeur, hyperthermie (38-40 °C), tachycardie (100-120 bpm)	<ul style="list-style-type: none"> • Lorazépam 1-2 mg IM ou IV q 4-6 h • Bromocriptine 2,5-5 mg PO ou par tube NG toutes les 8 h • Amantadine 100 mg PO ou par tube nasogastrique toutes les 8 h
Rigidité sévère, catatonie ou coma; hyperthermie (40 °C), tachycardie (≥ 120 bpm)	<ul style="list-style-type: none"> • Dantrolène 1-2,5 mg/kg de poids corporel, IV q 6 h pour 48 h, doses progressivement décroissantes • Bromocriptine 2,5-5 mg PO ou par tube nasogastrique q 8 h • Amantadine 100 mg PO ou par tube nasogastrique q 8 h • Thérapie par électrochocs, ou électroconvulsivothérapie (ECT), 6-10 sessions avec électrodes bilatérales

Légende : IM : par la voie intramusculaire; IV : par la voie intraveineuse; PO : par la bouche; q : chaque; bpm : battements par minute.
Source : Rajan et al., 2019.

CONCLUSION

Le SMN est rare, mais des patients en meurent. Pour favoriser un diagnostic précoce et réduire les taux de morbidité et de mortalité, il serait cohérent d'en changer le nom puisqu'il survient aussi en l'absence des neuroleptiques. Dans le cas de M^{me} Lambert par

exemple, le SMN pourrait échapper à la vigilance d'un professionnel non averti. En effet, la patiente ne prenait aucun antipsychotique et ses symptômes sont apparus à la suite de l'arrêt soudain de lévodopa carbidopa. ●

L'AUTEUR

FETHI BOUDEBZA
Inf., M. Sc.

Coordonnateur clinico-administratif à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel et infirmier clinicien assistant du supérieur immédiat au Continuum du programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal). Il est membre du comité d'élaboration de l'examen professionnel de l'OIIQ.

RÉVISEUSE SCIENTIFIQUE

NANCY LÉGARÉ
B. Pharm., M. Sc., Pharm. D., BCCP, BCPS

Pharmacienne à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

RÉFÉRENCES

- Addonizio, G. (1991). «The pharmacologic basis of neuroleptic malignant syndrome». *Psychiatric Annals*, 21(3), 152-156.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). «Diagnostic and statistical manual of mental disorders—DSM-5» (5e éd.). Washington: APA.
- Berman, B. D. (2011). «Neuroleptic malignant syndrome: A review for neurohospitalists». *The Neurohospitalist*, 1(1), 41-47.
- Bhandari, G. (2013). «Neuroleptic malignant syndrome». *Medicine Update*, 23, 538-542.
- Brunton, L. L., Lazo, J. S. et Parker, K. L. (2006). «Goodman & Gilman's—The pharmacological basis of therapeutics». New York: McGraw Hill.
- Buckley, P. F. et Hutchinson, M. (1995). «Neuroleptic malignant syndrome». *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 58(3), 271-273.
- Chandran, G. J., Mikler, J. R. et Keegan, D. L. (2003). «Neuroleptic malignant syndrome: Case report and discussion». *Canadian Medication Association Journal*, 169(5), 439-442.
- Chapin, J. W. (2017). «How is neuroleptic malignant syndrome (NMS) differentiated from malignant hyperthermia (MH)?». *Medscape*. Repéré à <https://www.medscape.com/answers/2231150-86016/how-is-neuroleptic-malignant-syndrome-nms-differentiated-from-malignant-hyperthermia-mh>
- Delay, J., Pichot, P., Lempereur, T., Elissalde, B. et Peigne, F. (1960). «Un neuroleptique majeur non phénothiazinique et non réserpinique, l'halopéridol, dans le traitement des psychoses». *Annales médico-psychologiques (Paris)*, 118(1), 145-152.
- DynaMed Plus. (2016). «Neuroleptic Malignant Syndrome» [site Internet]. Repéré à <http://www.dynamed.com/topics/dmp-AN-T113955/Neuroleptic-Malignant-Syndrome-NMS#Management-1>
- Fortinash, K. M. et Holoday-Worret, P. A. (2013). «Soins infirmiers – Santé mentale et psychiatrie». Montréal: Chenelière Éducation.
- Gall-Ojuronbe, S. et Williams, C. (2015). «Improving psychiatric nurses' detection of neuroleptic malignant syndrome». *Issues in Mental Health Nursing*, 36(8), 649-654.
- Gurrera, R. J. (2017). «A systematic review of sex and age factors in neuroleptic malignant syndrome diagnosis frequency». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(5), 398-408.
- Gurrera, R. J. (1999). «Sympatho-adrenal hyperactivity and the etiology of neuroleptic malignant syndrome». *American Journal of Psychiatry*, 156(2), 169-180.
- Kapsambelis, V. et Ginestet, D. (1997). «Neuroleptiques». *Encyclopédie médico-chirurgicale – Psychiatrie*. Paris: Elsevier/Masson.
- Kaufmann, C. A. et Wyatt, R. J. (1987). «Neuroleptic malignant syndrome». Dans H. Y. Meltzer (dir.), *Psychopharmacology: The third generation of progress* (p. 1421-1430). New York: Raven Press.
- Keltner, N. L. et Johnson, V. (2002). «Biological perspectives. Aripiprazole: A third generation of antipsychotics begins?». *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(4), 157-159.
- Khalidi, S., Korreich, C., Choubani, Z. et Gourevitch, R. (2008). «Antipsychotiques atypiques et syndrome malin des neuroleptiques: brève revue de la littérature». *L'Encéphale*, 34(6), 618-624.
- Kneisl, C. R. et Trigoboff, E. (2013). «Contemporary psychiatric-mental health nursing» (3e éd.). Pearson Education.
- Koehler, P. J. et Mironde, J. F. (1988). «Neuroleptic malignant-like syndrome and lithium». *Lancet*, 332(8626), 1499-1500. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)90985-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)90985-3)
- Lambert, C. et Beaulieu, P. (dir.). (2011). «Précis de pharmacologie – Du fondamental à la clinique». Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Langlow, J. R. et Alarcon, R. D. (1989). «Trimipramine-induced neuroleptic malignant syndrome after transient psychogenic polydipsia in one patient». *Journal of Clinical Psychiatry*, 50(4), 144-145.
- Menon, V., Thamizh, J. S., Rajkumar, R. P. et Selvakumar, N. (2016). «Neuroleptic malignant syndrome (or malignant extrapyramidal autonomic syndrome): Time to revisit diagnostic criteria and terminology?». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(1), 102.
- Mihalescu, C. (2010). «Neuroleptic malignant syndrome for the emergency neurologist». *Romanian Journal of Neurology*, 9(3), 113-117.
- Montastruc, J. L., Bagheri, H. et Senard, J. M. (2000). «Syndrome malin des neuroleptiques et syndrome sérotoninergique: diagnostics positifs et différentiels et étiologies médicamenteuses». *La Lettre du Pharmacologue*, 14(7), 164-169.
- Nielsen, R. E., Jensen, S. O. W. et Nielsen, J. (2012). «Neuroleptic malignant syndrome—An 11-year longitudinal case-control study». *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 512-518. Repéré à <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371205700810>
- Oruch, R., Pryme, I. F., Engelsens, B. A. et Lund, A. (2017). «Neuroleptic malignant syndrome: An easily overlooked neurologic emergency». *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 161-175.
- Pileggi, D. J. et Cook, A. M. (2016). «Neuroleptic malignant syndrome: Focus on treatment and rechallenge». *Annals of Pharmacotherapy*, 50(11), 973-981.
- Pope Jr., H. C., Cole, J. O., Choras, P. T. et Fulwiler, C. E. (1986). «Apparent neuroleptic malignant syndrome with clozapine and lithium». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(8), 493-495.
- Rascol, O., Salachas, F. et Montastruc, J. L. (1990). «Syndrome malin analogue à celui des neuroleptiques après arrêt de la lévodopa». *Revue Neurologique (Paris)*, 146(3), 215-218.
- Robinson, M. B., Kennett, R. P., Harding, A. E., Legg, N. J. et Clarke, B. (1985). «Neuroleptic malignant syndrome associated with metoclopramide» [Lettre]. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 40, 1304.
- Sahin, A., Cicek, M., Cekic, O. G., Gunaydin, M., Aykut, D. S., Tatli, O. ... Arici, M. A. (2017). «A retrospective analysis of cases with neuroleptic malignant syndrome and an evaluation of risk factors for mortality». *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 17(4), 141-145.
- Strawn, J. R., Keck Jr., P. E. et Caroff, S. N. (2007). «Neuroleptic malignant syndrome». *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 870-876.

Tanen, D. (2019). «Syndrome malin des neuroleptiques». Dans *Le Manuel Merck – Version pour les professionnels de la santé*. NJ: Kenilworth. Repéré à <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professionnels/blessures-empoisonnement/troubles-dus-%C3%A0-la-choleul/syndrome-malin-des-neuroleptiques>

Thinus, G. (2000). «Réflexions à propos du syndrome malin des neuroleptiques dans les situations de sevrage alcoolique» (Thèse). Sciences du vivant, hal-01733681.

Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. (8e éd.). FA Davis.

Tse, L., Barr, A. M., Scarapicchia, V. et Vila-Rodriguez, F. (2015). «Neuroleptic malignant syndrome: A review from a clinically oriented perspective». *Current Neuropharmacology*, 13(3), 395-406.

Videbeck, S. L. (2011). «Psychiatric-mental health nursing» (5e éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Virani, A., Bezchlibnyk-Butler, K. et Jeffries, J. J. (2012). «Clinical handbook of psychotropic drugs» (19e éd.). Boston: Hogrefe Publishing.

Wargo, K. A. et Gupta, R. (2005). «Neuroleptic malignant syndrome: No longer exclusively a "neuroleptic" phenomenon». *Journal of Pharmacy Technology*, 21(5), 262-270.

Woodbury, M. M. et Woodbury, M. A. (1992). «Neuroleptic-induced catatonia as a stage in the progression toward neuroleptic malignant syndrome». *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1161-1164.

LE CIUSSS DE LA CAPITALE-NATIONALE
GRANDEUR NATURE
PORTNEUF QUÉBEC CHARLEVOIX

GRAND par la nature
des choix qu'il vous offre
son environnement - ce qu'il est - ce qu'il offre

Nous recrutons principalement
des infirmières, infirmières auxiliaires
et infirmières cliniciennes

Dans les milieux
• Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) • CLSC • Groupe de médecine de famille (GMF) • Info-Santé/Info-Social • Services gériatriques spécialisés • Soins à domicile • Urgence

Dans les domaines
• Déficience physique
• Obstétrique(Charlevoix)
• Santé mentale
• Et plusieurs autres titres d'emploi

www.ciusscn.ca

f in Québec

À PROPOS DU *cannabis*

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

Le cannabis est légalisé au Canada depuis le 17 octobre 2018, soit depuis plus d'un an maintenant. Beaucoup de malentendus subsistent à son sujet autant dans la population en général que parmi les professionnels de la santé. L'infirmière est donc amenée à mettre à jour ses connaissances sur cette substance afin de pouvoir répondre aux questions des personnes consommatrices de cannabis, ainsi qu'à celles de leurs proches, tout en adoptant une attitude bienveillante pendant l'évaluation de leur condition physique et mentale.

RÉPONSES DE LA PAGE 12

L'AUTEURE

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

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

RÉFÉRENCES

- Abramovici, H., Lamour, S. A. et Mammen, G. (2018). «Renseignements destinés aux professionnels de la santé – Le cannabis (marijuana, marijuana) et les cannabinoïdes: plante séchée ou fraîche et huile destinées à l'administration par ingestion ou par d'autres moyens». Ottawa: Santé Canada. Repéré à <https://www.deslibris.ca/ID/10098859> remplace Bibliothèque numérique canadienne
- Ben Amar, M. (dir.). (2014). «Drogues: savoir plus, risquer moins – Le livre d'information». Montréal, QC: Centre québécois de lutte aux dépendances.
- Ben Amar, M. (2018). «Le cannabis – Pharmacologie et toxicologie». Montréal, QC: Centre québécois de lutte aux dépendances/Université de Montréal.
- Ben Amar, M. et Potvin, S. (2007). «Cannabis and psychosis: What is the link?». *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(2), 131-142. Repéré à <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399871>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Beaudoin, M., Luigi, M., Dou, B. Y., Giguère, C.-É. et Dumais, A. (2019). «Cannabis use and violence in patients with severe mental illnesses: A meta-analytical investigation». *Psychiatry Research*, 274, 42-48. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.010>
- Gouvernement du Canada. (2019, mars). «Le cannabis au Canada. Renseignez-vous sur les faits». Repéré à https://www.canada.ca/fr/services/sante/campagnes/cannabis/effets-sante.html?utm_source=google&utm_medium=cpc_fr&utm_content=cannabis_1&utm_campaign=cannabis-19#a8
- Hancock, S. D. et McKim, W. A. (2018). «Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology» (8e éd.). Pearson.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). «Connaitre les drogues et leurs effets». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaitre-les-drogues-et-leurs-effets/#c17042>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019a). «Encadrement du cannabis au Québec». Repéré à https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/?utm_source=print&utm_medium=print&utm_campaign=MSSS_Cannabis_2019
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019b). «Le cannabis». Repéré à <https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/le-cannabis/>
- Moulin, V., Baumann, P., Gholamzadeh, M., Alameda, L., Palix, J., Gasser, J. et Conus, P. (2018). «Cannabis, a significant risk factor for violent behavior in the early phase psychosis. Two patterns of interaction of factors increase the risk of violent behavior: Cannabis use disorder and impulsivity; cannabis use disorder, lack of insight and treatment adherence». *Frontiers in Psychiatry*, 9, 294. Repéré à <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00294>
- Tessier, S. (2017). «L'usage de cannabis au Québec et au Canada: portrait et évolution». Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3096545>
- Worley, J. (2019). «Teenagers and cannabis use: Why it's a problem and what can be done about it». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(3), 11-15.

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. Le haschich et la marijuana sont deux substances identiques.

Réponse :  Faux

Il faut distinguer le haschich de la marijuana, les deux constituants du cannabis. Le haschich est une résine provenant d'extraits concentrés solides, tandis que la marijuana se présente sous forme de feuilles et de fleurs séchées (MSSS, 2019b). Le cannabis contient 585 substances chimiques connues dont les plus importantes sont le tétrahydrocannabinol (THC), principal composé psychoactif, et le cannabidiol (CBD), non psychoactif, qui neutralise les effets du THC (Ben Amar, 2018). Les concentrations en THC dans la marijuana et le haschich sont très variables. Dans les dernières années, le marché noir s'est développé et les saisies policières ont permis de constater que les taux de THC avaient augmenté de façon considérable, passant de 7 % à plus de 15 % en deux décennies. Pour l'instant, seule la marijuana est légalement vendue à la Société québécoise du cannabis (SQDC), avec des taux de THC contrôlés.

02. Il n'existe pas de décès causé par un surdosage de cannabis.

Réponse :  Vrai

Contrairement aux opioïdes comme le fentanyl, le cannabis n'entraîne pas de surdoses mortelles. Même si une personne fume ou consomme chaque jour du cannabis, elle ne peut en mourir. Selon les chercheurs, il faudrait fumer environ 680 kg de cannabis en 15 minutes pour atteindre la dose létale, une situation impossible (Ben Amar, 2014). En revanche, une intoxication au cannabis peut se produire, surtout chez les plus jeunes : un épisode psychotique aigu, des troubles cognitifs ou encore une crise d'anxiété ou de panique figurent parmi les symptômes les plus inquiétants. Cette intoxication survient si le jeune a fumé ou consommé du cannabis provenant du marché noir ou des cannabinoïdes contenant une très forte concentration de THC. Un risque existe aussi si la personne mélange le cannabis avec de l'alcool ou d'autres psychotropes. Dans la plupart des cas, il faut attendre de 12 à 24 heures avant de voir tous les effets négatifs se dissiper (Gouvernement du Canada, 2019). Dans le doute, il est recommandé d'appeler le Centre antipoison du Québec ou de contacter les services d'urgence, en particulier dans le cas d'enfant ayant ingéré du cannabis de manière accidentelle.

03. Le cannabis a des effets plus nuisibles chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, comparativement aux autres catégories d'âge.

Réponse :  Vrai

Les adolescents et les jeunes adultes font partie des personnes les plus vulnérables aux effets nocifs du cannabis, notamment à cause du risque de psychose (Ben Amar, 2018). Ce problème est sérieux, car près de 40 % des jeunes âgés de 17 ans déclarent avoir consommé du cannabis en 2013 (Tessier, 2017). Sa vente est réservée aux personnes âgées de 18 ans et plus, toutefois, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé en février 2019 une campagne de sensibilisation et d'information auprès des plus jeunes (MSSS, 2019a). Pour expliquer l'influence du cannabis sur la santé, il faut considérer la « loi de l'effet » et ses trois éléments caractéristiques : la substance (quantité, fréquence, etc.), l'individu (âge, sexe, etc.) et le contexte de consommation (endroit, moment de la journée, etc.) (MSSS, 2017).

En considérant le facteur « âge », il a été démontré que les jeunes adolescents constituent une population plus fragile à cause des effets négatifs du cannabis sur les capacités cognitives d'une personne de moins de 25 ans ayant le cerveau en plein développement (Worley, 2019). Si une infirmière est amenée à évaluer la santé physique et mentale d'un adolescent ou d'un jeune adulte, elle doit garder à l'esprit que tous ne réagissent pas de façon similaire aux cannabinoïdes.



04. Consommer du cannabis entraîne des comportements violents.

Réponse : Faux

La littérature scientifique démontre que le cannabis ne conduit pas à la violence physique ou verbale (Abramovici, Lamour et Mammen, 2018; Hancock et McKim, 2018). Contrairement à d'autres drogues, le cannabis provoque plutôt un ralentissement des réflexes et des capacités cognitives, et tend à apaiser le consommateur de cannabis en générant de l'apathie et une certaine léthargie (Abramovici et al., 2018; Ben Amar, 2018). Toutefois, le cannabis constitue un facteur de risque de comportements violents dans certains cas de psychoses (Ben Amar et Potvin, 2007; Dellazizzo et al., 2019; Moulin et al., 2018).

05. Le cannabis fait partie de la même classe de psychotropes que le LSD et l'ecstasy.

Réponse : Vrai

À l'instar du LSD, de l'ecstasy, de la kétamine, des champignons magiques et de la phencyclidine (ou PCP), le cannabis fait partie des perturbateurs du système nerveux central (SNC). Ses principaux effets comprennent une sédation et une euphorie (sensation de bien-être et de satisfaction), recherchées par les consommateurs de cette plante (Gouvernement du Canada, 2019). La perception de la réalité est alors altérée à divers degrés, ce qui peut entraîner des hallucinations, des changements d'humeur et des troubles cognitifs (Ben Amar, 2014). Chaque drogue de cette classe possède des effets délétères pour la santé de l'individu consommateur (MSSS, 2017). Le point commun entre toutes ces drogues est l'altération des perceptions. D'autres classes de substances affectent le SNC comme les déprimeurs (alcool, opioïdes, GHB) et les stimulants (amphétamines, cocaïne, caféine, nicotine).

06. La consommation de cannabis peut entraîner un risque important de dépendance physique et psychologique.

Réponse : Faux

Cette affirmation est un mythe bien ancré dans la population en général et même chez certains professionnels de la santé. Le risque de dépendance au cannabis est de 9 %, c'est-à-dire bien inférieur à celui d'autres psychotropes comme le tabac, l'alcool ou les opioïdes (Gouvernement du Canada, 2019). La dépendance au cannabis est moindre que celle à l'alcool (15,4 %) ou au tabac (31,9 %) (Ben Amar, 2018).



Lisez l'article- questionnaire

Chirurgie cardiaque et rétablissement psychologique

ÉVALUER L'ANXIÉTÉ
ET INTERVENIR



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

Visitez

oiiq.org/formation/articles-questionnaires

RELATION PROFESSIONNELLE AVEC LES CLIENTS

Il revient à l'infirmière d'en établir les limites

Dans le cadre de l'exercice de sa profession, l'infirmière doit établir une relation professionnelle avec les clients. Cette relation englobe et s'étend au-delà de la relation thérapeutique. En effet, la relation thérapeutique prend fin au moment où le client reçoit son congé, alors que la relation professionnelle, quant à elle, peut se poursuivre pendant une plus longue période (OIIQ, 2008).

par **JOANNE LETOURNEAU, inf., M. Sc., syndique**, **MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., directrice adjointe-déontologie et syndique adjointe**, et **ÉRIC ROY, inf., LL. M., syndic adjoint**

« Pour déterminer la durée de la relation professionnelle, l'infirmière ou l'infirmier doit tenir compte, notamment, de la vulnérabilité du client, de son problème de santé, de la durée de l'épisode de soins et de la probabilité d'avoir à redonner des soins à ce client » (Code de déontologie, art. 38).

La relation professionnelle se caractérise par trois éléments fondamentaux :

- **La confiance** : une personne qui consulte une infirmière pour un problème de santé vit souvent de l'insécurité. Vulnérable, elle aura tendance à lui accorder d'emblée sa confiance, car elle la considère comme une professionnelle ayant les compétences pour répondre à ses besoins de santé.
- **Le pouvoir** : l'infirmière est sans contredit une alliée du client, toutefois il existe dans leur relation un déséquilibre entre le pouvoir de l'une et celui de l'autre. En effet, l'infirmière possède notamment l'expertise et a accès à des renseignements privilégiés sur son client.
- **L'intimité** : la nature même de la pratique infirmière nécessite souvent que l'infirmière pénètre dans l'intimité du client au moment de prodiguer des soins, tant sur les plans physique et émotionnel que psychologique.

Compte tenu de ces caractéristiques, l'infirmière a la responsabilité d'établir les limites de la relation professionnelle. Plusieurs articles du Code de déontologie (notamment les articles 3.1, 20, 28, 29, 30, 38, 39, 40 et 44) font référence aux devoirs et obligations liés au respect de ces limites. La **Figure 1** illustre un continuum des comportements professionnels et peut aider les infirmières à mieux cerner leurs obligations déontologiques à cet égard.

LES COMPORTEMENTS PROFESSIONNELS

Les soins centrés sur le client

La zone centrale bleue de cette figure est la zone cible. L'infirmière y prodigue des soins et des traitements de qualité et sécuritaires centrés sur le client, et agit dans le seul intérêt de ce dernier. À l'intérieur de cette zone, les comportements de l'infirmière respectent les limites de la relation professionnelle.

Pour ce faire, l'infirmière doit notamment :

- prendre les moyens nécessaires pour assurer le respect de la dignité, de la liberté et de l'intégrité du client;
- subordonner son intérêt personnel à celui du client;
- agir avec respect envers le client et sa famille;
- respecter, dans les limites de ce qui est généralement admis, les valeurs et les convictions personnelles du client;
- établir et maintenir une relation de confiance avec lui.

Le sous-engagement

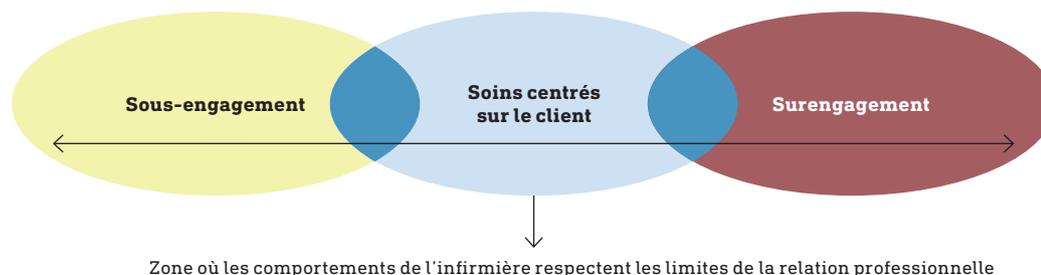
Lorsque les comportements de l'infirmière tendent vers la gauche du continuum, ils indiquent, à divers degrés, un déficit d'engagement de sa part dans sa relation avec le client. L'infirmière peut, entre autres, être perçue comme distante, froide, nonchalante, désinvolte, voire désintéressée.

Voici quelques exemples de tels comportements :

- manquer de respect envers un client en discutant de sa fin de semaine avec un autre intervenant lors d'un soin;
- manifester de l'indifférence en ne répondant pas aux questions du client;
- exécuter un soin ou un traitement tout en ignorant les peurs et les craintes exprimées par le client.

La relation professionnelle se caractérise par trois éléments fondamentaux : la confiance, le pouvoir et l'intimité.

Figure 1
CONTINUUM DES COMPORTEMENTS PROFESSIONNELS



Sources : NCNZ, 2012; NCSBN, 2018; NMBA, 2010; Remshardt, 2012. Traduction libre et adaptation, OIIQ.

Situés à l'extrémité de la zone de gauche, ces comportements conduisent à de la négligence dans les soins et traitements (par exemple, en fermant le système des cloches d'appel d'un ou de plusieurs clients, en tardant indûment à soulager la douleur d'un client ou en n'intervenant pas promptement auprès d'un client après avoir été informée de la détérioration de son état de santé).

Le surengagement

Lorsque les comportements de l'infirmière tendent vers la droite du continuum, ils constituent, à divers degrés, un excès d'engagement de sa part dans sa relation avec le client. L'infirmière peut même avoir l'impression d'agir dans l'intérêt de son client alors qu'en réalité, elle dépasse les limites de la relation professionnelle.

Voici quelques exemples de tels comportements :

- demander de changer son affectation, en se croyant capable de prodiguer des soins plus personnalisés à un client;
- conduire un membre de la famille d'un client à un rendez-vous pour rendre service à ce dernier;
- faire des confidences à un client au sujet de ses difficultés personnelles.

Dans les comportements situés à l'extrémité de la zone de droite, l'infirmière privilégie ses intérêts plutôt que ceux du client, ou encore établit une relation autre que professionnelle avec ce dernier (en acceptant des cadeaux ou en sollicitant de tels cadeaux de la part du client, en intervenant dans ses affaires personnelles

sur des sujets qui ne relèvent pas de sa compétence professionnelle, ou encore en ayant une relation amicale, intime, amoureuse ou sexuelle avec lui).

CONCLUSION

Dans ses relations avec les clients, l'infirmière est soucieuse de prodiguer des soins et des traitements de qualité et sécuritaires, centrés sur leurs besoins de santé spécifiques. Ses comportements se situent alors dans la zone centrale du continuum. Par ailleurs, il existe des zones d'incertitude entre la zone centrale et celles des extrémités. L'infirmière doit alors faire preuve de jugement afin de déterminer les limites de sa relation professionnelle et de les respecter.

Quand l'infirmière craint de ne pas respecter les limites de sa relation professionnelle, ou lorsqu'elle est questionnée à cet égard, elle doit réagir rapidement. Elle peut en discuter avec un consœur ou avec un supérieur en vue de trouver une solution qui lui évitera de faire basculer la relation à l'extérieur de ces limites. ●

Version remaniée et mise à jour de la chronique «La relation professionnelle : Ce qui fait la différence!», avril 2013, par Sylvie Truchon en collaboration avec Myriam Brisson et Éric Roy.

RÉFÉRENCES

- «Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c.1-8, r.9.
- Nursing Council of New Zealand (NCNZ). (2012). «Guidelines: Professional boundaries». Wellington (NZ): NCNZ, p. 4.
- National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). (2018). «A Nurse's guide to professional boundaries». Chicago: NCSBN, p. 5. Repéré à https://www.ncsbn.org/ProfessionalBoundaries_Complete.pdf
- Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA). (2010). «A Nurse's guide to professional boundaries». Melbourne (AU): ANMC, p 2.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIQ). (2008). «Guide d'auto-apprentissage – Les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec». Westmount: QC.
- Remshardt, M. A. (2012). «Do you know your professional boundaries?», Nursing Made Incredibly Easy, 10(1), 5-6.

Îles de la Madeleine

Joins-toi à l'équipe!

Les avantages de venir aux Îles

- Poste de 14/28 sur 2 quarts
- Prime annuelle d'éloignement variant entre 7 200 \$ et 10 700 \$ au prorata des heures travaillées
- Frais de déménagement et de déplacement payés
- Sortie annuelle au frais de l'employeur pour l'employé et personnes à charge
- Pratique diversifiée
- Comité de relève infirmière
- Accès aux spécialités rapidement

Centre intégré de santé et de services sociaux des Îles

Québec

recrutement.archipel@ssss.gouv.qc.ca

www.cisssdesiles.com

418-986-2121 poste 8312

© GEMINI Photos : Michel Bonato, Joël Landry.

EXCISION D'UN MOLLUSCUM

Avez-vous besoin d'une ordonnance?

Bien souvent, les infirmières croient que l'excision d'un molluscum concerne l'activité réservée consistant à « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements qui s'y rattachent ». Or, il n'en est rien.

À la suite de questions de différents milieux cliniques quant à la possibilité pour une infirmière de procéder à l'excision de certaines affections dermatologiques courantes, l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ) ont effectué une analyse en fonction des paramètres suivants : la clientèle visée, le contexte de l'intervention, la complexité clinique de l'activité et de la technique, le type de prise en charge et de surveillance requis, les risques de préjudice et les compétences requises par l'infirmière.

Selon les résultats et les consultations menées auprès d'experts cliniques, l'OIIQ et le CMQ concluent qu'une infirmière ou un infirmier peut procéder à l'excision des trois affections suivantes : *molluscum contagiosum*¹, *molluscum pendulum* (acrochordon)² et kératose séborrhéique.

Pour ce faire, voici les conditions :

- avoir obtenu un diagnostic médical au préalable ou une confirmation par une infirmière praticienne spécialisée (IPS) de première ligne;
- détenir une **ordonnance individuelle** (et non une ordonnance collective) précisant le choix de la technique à utiliser;
- détenir les connaissances et les compétences requises pour procéder à l'excision.

ACTIVITÉS RÉSERVÉES VISÉES

L'excision de ces affections s'inscrit dans le cadre des activités réservées suivantes visées par l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* :

- effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
- exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
- appliquer des techniques invasives.

RÉFLEXION VERS LA PRISE DE DÉCISION

Pour répondre à ses obligations déontologiques, l'infirmière doit agir avec compétence selon les normes de pratique et les principes scientifiques reconnus, assurer la mise à jour et le développement de ses compétences, et consulter ou diriger le client vers un autre professionnel si elle n'est pas en mesure d'intervenir (Code de déontologie, art. 17, 18 et 19).

Comme pour toute autre activité de soin, la décision ne porte pas uniquement sur les capacités légales (champ d'exercice, activités réservées) à effectuer l'activité de soin, mais fait suite à une réflexion en vue de poser un jugement clinique sur le contexte de soins et les conditions nécessaires pour une prestation sécuritaire des soins à la clientèle.

En plus de satisfaire aux trois conditions mentionnées précédemment, l'infirmière approfondira sa réflexion et se posera d'autres questions avant de décider de procéder à l'excision ou non (OIIQ, 2019) :

- Existe-t-il des guides (p. ex. : méthode de soin) ou normes de pratique pour cette activité de soin?
- L'activité fait-elle l'objet d'une règle de soins, d'un protocole ou d'un autre document d'encadrement dans mon établissement?
- En quoi consiste la surveillance clinique? Suis-je en mesure de l'effectuer?
- Quels sont les complications possibles et les risques de préjudices? Puis-je les gérer?
- Quel suivi et par qui? Y a-t-il un corridor de service vers le prescripteur ou un autre professionnel si je ne peux assurer le suivi ou qu'une complication survient?

CONCLUSION

La décision de procéder à l'excision revient donc à l'infirmière. Lorsque cette dernière effectue le soin, elle engage sa responsabilité professionnelle et doit toujours tenir compte de ses limites, de ses habiletés et de ses connaissances. ●

1. *Molluscum contagiosum* : petite tumeur cutanée bénigne, d'origine virale et contagieuse, arrondie, blanche ou rose.
2. *Molluscum pendulum* : fibrome cutané bénin, mou, blanc ou rose et relié à la peau par un pédicule.

RÉFÉRENCES

- «Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.
- «Loi sur les infirmières et les infirmiers» (LII), RLRQ, c. I-8.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2019). «Outil d'aide à la décision – Comme infirmière, ai-je le droit de...?». Perspective infirmière, 16(1), Supplément.

ÉTUDIER EN SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UDES

DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT EN PASSANT PAR LA FORMATION CONTINUE

USherbrooke.ca/carriere-infirmiere

 UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE



Watchiya • Bonjour



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

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages

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

Profil recherché

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

*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire



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



www.santeterrescries.org/carières

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

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



Vous économisez grâce à des tarifs d'assurance préférentiels.

Profitez des avantages offerts aux membres.

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

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

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

Programme d'assurance habitation et auto recommandé par



PROPRIÉTÉ | COPROPRIÉTÉ | AUTO | VOYAGE

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

