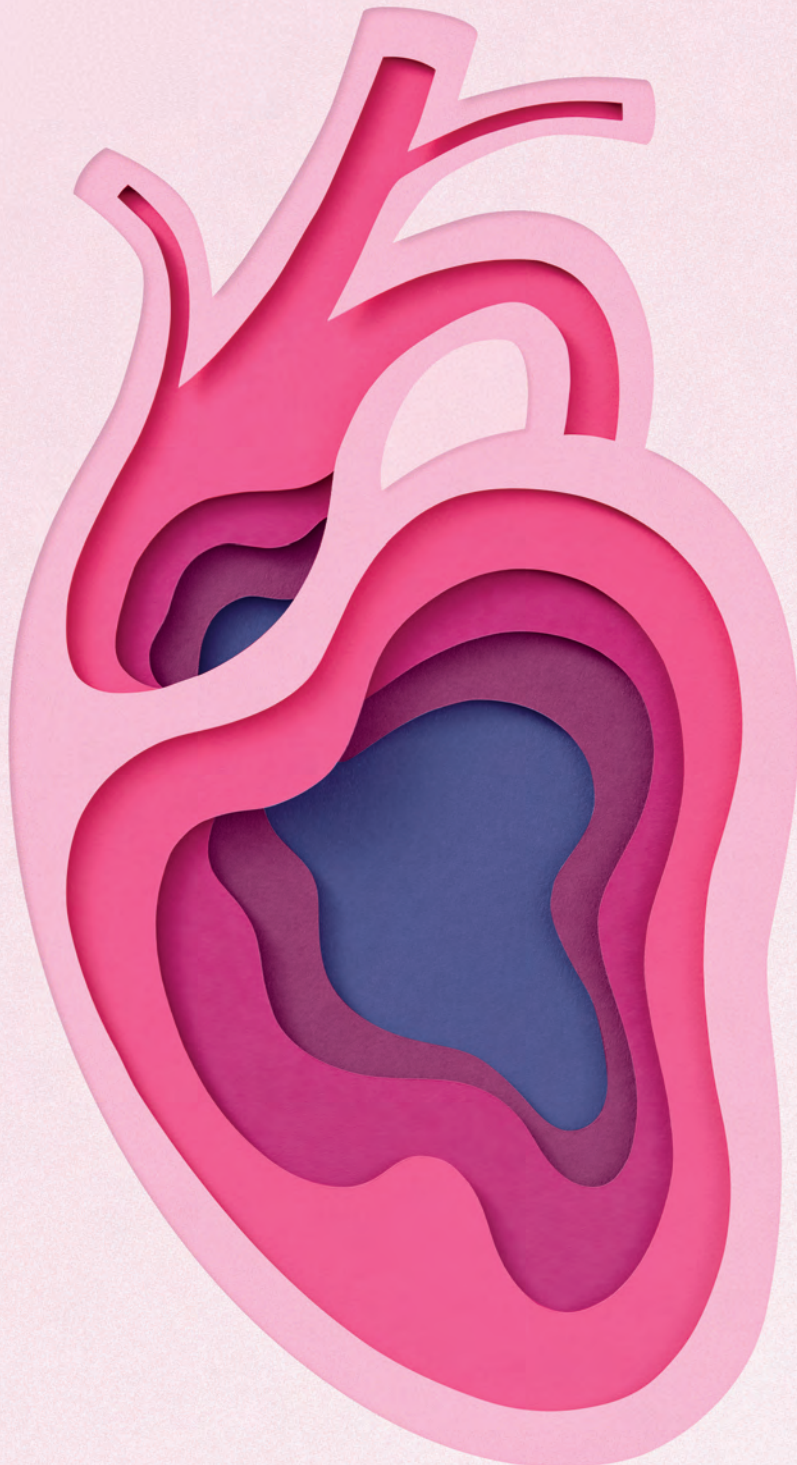


perspective infirmière

Printemps 2022
Vol. 19, n°2



ACFA

Reconnaître une
péricardite, ça presse!

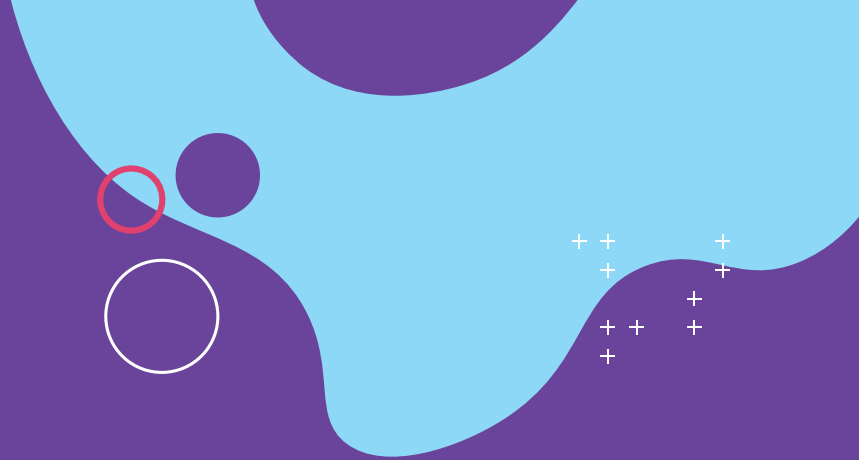
Faire progresser la
sécurité culturelle et
l'équité des soins

Simulation par la
réalité virtuelle

Finalistes Florence

**Semaine de la
profession infirmière**

 Affiche
détachable



Ici, les équipes c'est notre force!

Pour en faire partie 

travaillons-ensemble.com



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

Québec 

Ne gardez

pas

tout ça

en

dedans



Communiquez à vos proches votre
volonté d'être donneur d'organes.

ditesle.ca

SOMMAIRE

Printemps 2022 - Vol. 19, n° 2

ÉDITORIAL

- 07 — Des changements sont nécessaires
Faisons davantage appel à l'expertise infirmière

PORTRAIT

- 14 — Mario Blouin
Préserver l'humanité et le confort des patients en fin de vie

MYTHES ET RÉALITÉS

- 17 — À propos de la maltraitance envers les enfants

FONDATION

- 18 — La Fondation offrira des bourses d'études partout au Québec

FINALISTES PRIX FLORENCE 2022

- 39 — 21 finalistes dans sept catégories

DÉONTOLOGIE

- 81 — Conjuguer obligations professionnelles et devoir de loyauté

EN BREF

- 08 — Premières Nations et Inuit : deux infirmières font progresser la sécurité culturelle et l'équité des soins

- 10 — Un balado en neuf épisodes sur la diversité de la profession infirmière

- 12 — Des membres de la profession prennent la parole dans les médias

PRATIQUE CLINIQUE

- 20 — Peu importe l'intensité de l'activité physique : bougez!

RECHERCHE

- 29 — Simulation par la réalité virtuelle
- 60 — La télésurveillance : une partie de la solution pour répondre à la demande croissante de soins à domicile?

À RETROUVER SUR OIIQ.ORG



En supplément de chaque numéro, vous retrouverez sur notre site Web d'autres contenus cliniques à oiiq.org/articles-cliniques.

SOIRÉE

FLORENCE
2022

29



14



39

ACFA



68

68 — Reconnaître une péricardite, ça presse!

20



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU

Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER

Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF

Isabelle Lacroix

RESPONSABLE DE PRODUCTION

Marianne Lapierre

GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Catherine Beaupré

RÉVISEURS LINGUISTIQUES

Alexandre Roberge et Annick Loupias

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE

Isabelle Gagné et Luc Girard pour

MissPixels

IMPRIMEUR

SOLISCO

PAGE COUVERTURE

© Mehau Kulyk /

Science Photo Library

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU

Joanie Belleau, inf., M. Sc.

Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien
professionnel

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

COLLABORATEURS

Frédéric Banville, psy., Ph. D. — Lyne Cloutier, inf., Ph. D. — Marie-Eve Côté, syndique adjointe — Catherine Crépeau — Cynthia Giroux, inf., M. Sc., IPSSA — Pénélope Goudreault, inf., M. Sc., étudiante IPSPL — Claudia Hébert Beaudoin, inf. — Julie Houle, inf., Ph. D., CSIC(c.) — Émilie Lacharité St-Louis, inf., M. Sc., IPSSA — Joanne Létourneau, inf., M. Sc. — Daniel Milhomme, inf., Ph. D. — Andrée-Anne Parent, kin., Ph. D. — Pascale Pellerin-Huet, inf., M. Sc., IPSSA — Geneviève Robert, inf., M. Sc., IPSSA (Cardiologie) — Caroline Rodgers — Josiane Roulez — Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA — Éric Roy, inf., B. Sc., L.L.M., syndic adjoint — Camille Savoie, inf., Ph. D. (c.) — François Trudeau, kin., Ph. D. — Philippe Voyer, inf., Ph. D.

POLITIQUE DE LA REVUE

Perspective infirmière est publiée quatre 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
Opale Média
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 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 comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

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

DÉPÔT LÉGAL 2022

Bibliothèque nationale
du Québec

Bibliothèque nationale
du Canada
ISSN 1708-1890

Répertorié
dans *Repère*, *Cinahl*, *PubMed*,
CISMeF et *BDSP*

N° d'enregistrement 9790

Parution : Printemps 2022

Convention de la
Poste-publications
N° 40062569



DIFFUSION

Diffusion 86 010 copies
(CCAB/BPA : Hiver 2022)



Profitez d'économies annuelles avec notre offre bancaire privilégiée pour les infirmières et infirmiers

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

Fière partenaire de



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada. © 2022 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.

Des changements sont nécessaires

Faisons davantage appel à l'expertise infirmière



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

Notre système de santé a atteint ses limites. Tout le monde le reconnaît, des professionnels de la santé aux élus, en passant par les nombreuses personnes en attente de soins ou n'ayant pas accès à des services de première ligne. Des changements structuraux s'imposent, rapidement.

Nous saluons les annonces du Gouvernement pour prendre soin de notre réseau mal en point. Ce sont autant de pansements pour contenir les hémorragies causées par les vagues de la COVID-19. Ces solutions ne pourront toutefois porter leurs fruits sans la mise en œuvre d'un plan d'actions structurant pour optimiser le recours à l'expertise infirmière. Ajoutons que ces actions doivent être entreprises de manière simultanée (voir le communiqué émis lors de l'annonce du 29 mars : oiiq.org/reaction).

Une feuille de route existe : les 31 recommandations des commissaires des États généraux sur la profession infirmière, en mai dernier. Mis en œuvre conjointement, ces moyens concrets dégagés permettraient aux infirmières et infirmiers de pleinement contribuer au réseau de la santé et des services sociaux.

NOTRE EXPERTISE : LA CLÉ POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

Nous sommes les professionnels de la santé les plus nombreux au Québec. Prenons toute notre place, incluant dans l'accès aux soins de première ligne. Les infirmières et infirmiers sont des acteurs incontournables pour repenser l'offre et l'accessibilité de ces services pour la population québécoise.

Nous devons être partie prenante d'une refonte du système de santé, basée notamment sur l'ensemble des recommandations issues des États généraux. Nous sommes d'ailleurs le seul groupe professionnel à avoir effectué un vaste exercice de consultation et de réflexion sur l'avenir de notre profession, avec la pandémie en toile de fond. Il faut maintenant concrétiser nos propositions de façon concertée.

En attendant, la population québécoise souffre, mais aussi toutes les personnes qui tiennent à bout de bras notre système, dont les infirmières et infirmiers. Le réseau de la santé et des services sociaux ne pourra s'améliorer sans la collaboration interprofessionnelle. Toutes les professions doivent faire front commun et participer à la réorganisation des soins, pour permettre à chaque personne de jouer pleinement son rôle. Les annonces du ministre semblent vouloir aller en ce sens et nous suivrons l'évolution de la situation de près.

VALORISONS NOTRE PROFESSION

La pandémie a mis en lumière le rôle clé des infirmières et infirmiers. Encore faut-il leur donner la possibilité de contribuer à ce que la profession peut offrir. Pour nous concentrer sur nos 17 activités réservées, il faut nous délester de tâches pour lesquelles d'autres professionnels ont été formés.

Il est grand temps de revoir l'organisation des soins et de procéder à une refonte du système de santé, où les infirmières et infirmiers auront les moyens et les conditions pour mieux contribuer à la performance du réseau. Le Gouvernement n'est pas le seul à pouvoir agir. Vous le pouvez. Prenez la parole! Interpellez votre direction des soins infirmiers ou votre conseil des infirmières et infirmiers si, à votre avis, il est possible de revoir des façons de faire.

L'OIIQ est là pour protéger le public et soutenir le développement de la profession infirmière. En ce sens, nous joignons notre voix à celle d'autres organisations pour soutenir des solutions structurantes et pérennes.

AU BÉNÉFICE DE TOUTES ET TOUS

Par ailleurs, nous avons participé à la formation de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec, qui regroupe de nombreuses associations d'infirmières et infirmiers, ainsi que des experts du réseau de la santé. Issue des États généraux, elle a pour mission de « créer un environnement favorable aux changements requis afin de répondre aux besoins croissants des patients et du réseau de la santé », tout en s'assurant que les recommandations des États généraux ne restent pas lettre morte.

Une chose est sûre : tous les acteurs de la profession infirmière doivent être soutenus et l'expertise infirmière doit être davantage valorisée pour espérer voir des changements structurants se concrétiser dans le réseau de la santé. Toutes et tous en bénéficieront : vous, ainsi que la population québécoise, en premier lieu. ●

Premières Nations et Inuit : deux infirmières font progresser la sécurité culturelle et l'équité des soins

La sécurité culturelle et l'équité des soins pour les Premières Nations et les Inuit sont encore loin d'être acquises dans le système de santé québécois. Comment les infirmières peuvent-elles améliorer leurs pratiques et contribuer activement à transformer nos milieux de soins? Portraits de deux infirmières d'exception qui ouvrent la voie.

par JOSIANE ROULEZ

ISABELLE BEAUDOIN, UNE GESTIONNAIRE ENGAGÉE DANS LA SÉCURITÉ CULTURELLE

Isabelle Beaudoin travaille jour après jour à créer un environnement sécuritaire dans son milieu de soins, et à tisser des liens de confiance avec la communauté anicinapek. Pour cette gestionnaire engagée dans la sécurité culturelle, tout a commencé par une étincelle de curiosité.

L'intérêt d'Isabelle Beaudoin pour les Premières Nations s'est éveillé quelques années après le début de sa carrière, lorsqu'elle s'est installée dans le village de Notre-Dame-du-Nord, situé à proximité de trois communautés anicinapek. « J'ai constaté que le racisme était omniprésent et exacerbé par la cohabitation des deux cultures. J'ai eu envie de comprendre la réalité des Autochtones », se souvient-elle.

Lorsqu'un poste s'est ouvert au Centre de santé Timiskaming First Nation en février 2012, elle a sauté sur l'occasion. Soucieuse d'adapter ses soins à la culture, elle s'est tournée vers le travailleur culturel du centre de santé pour bâtir ses programmes, organisant aussi des entrevues et des rencontres avec les membres de la communauté.

D'abord responsable des soins maternels et infantiles, elle a progressé pour devenir responsable des soins infirmiers, et travaille aujourd'hui en étroite collaboration avec le conseil de bande et la communauté.

La sécurité culturelle au cœur de l'approche de soins

Au Centre de santé Timiskaming, la sécurité culturelle est intégrée à l'approche de soins. Tous les nouveaux employés reçoivent une formation de base sur la sécurité culturelle et le savoir-être. En tant que gestionnaire, Isabelle Beaudoin joue un rôle de mentor, exerçant son leadership pour aider son équipe à développer sa sensibilité et sa compétence en matière de sécurité culturelle. Comme le roulement de personnel est élevé, cette sensibilisation nécessite des efforts continuels.

« Ces deux aspects sont à la base de la confiance, d'un environnement sécuritaire. Au-delà des formations théoriques, le personnel doit comprendre le vécu des communautés, leur histoire et les traumatismes subis. Il est aussi primordial que chaque personne puisse discuter de ses expériences avec une ressource culturelle autochtone », croit Isabelle Beaudoin.



« Dans tous mes programmes, je fais des liens avec la culture et je mets en valeur les pratiques traditionnelles en les associant à des données probantes. »

ISABELLE BEAUDOIN, inf., B. Sc. N.
Responsable des soins infirmiers au Centre
de santé Timiskaming First Nation, en
Abitibi-Témiscamingue.

Pour créer cet espace d'expression, l'infirmière a instauré la pratique traditionnelle du cercle de parole, auquel prennent part les employés et un membre de la communauté. Les participants s'assoient en cercle dans une salle, à l'endroit de leur choix. La rencontre s'ouvre par une cérémonie de purification ou un chant, puis chaque personne prend la parole à son tour, à la réception du bâton de parole ou l'objet rituel qui circule autour du cercle. Tout le monde peut y exprimer ouvertement son vécu, ses questions et ses préjugés et avec l'aide de la personne-ressource autochtone, travailler à déconstruire ses croyances erronées et à trouver des solutions aux problèmes.

Vers un système public plus sécuritaire

Isabelle Beaudoin travaille pour un centre de santé géré par le conseil de bande, où les membres de la communauté se sentent en sécurité. Elle constate toutefois que leur méfiance est grande envers le système de santé public.

L'infirmière se réjouit donc de l'énoncé de position de l'Ordre, intitulé *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique*, dévoilé en novembre 2021, et auquel elle a contribué. « Cet énoncé arrive au bon moment. Il ne doit pas rester sur le papier, mais se refléter sur le terrain. Pour ma part, je compte évaluer les pistes d'améliorations avec mon équipe. Nous allons tenir un cercle de parole pour que chaque membre donne son opinion. Je les implique autant que possible dans les prises de décision, car si j'essaie d'avancer seule, ça ne fonctionne pas. Le changement doit venir de mon groupe. Nous devons être en accord sur les interventions à mettre en place. »

Aux gestionnaires qui souhaitent également s'engager sur la voie de la sécurisation culturelle, elle conseille avant tout de créer une collaboration avec une personne-ressource autochtone qui les accompagnera dans ce processus.

« Toute personne ouverte à parler de sa culture, à discuter des vrais problèmes et à rechercher des solutions peut tenir ce rôle. Elle doit cependant avoir une certaine expérience de vie, avoir fait un cheminement pour guérir ses blessures et ses traumatismes. L'idéal, ce serait d'avoir une personne-ressource dans chaque unité de soins, capable d'entendre ce que les équipes perçoivent et ressentent, et de donner des explications dans une perspective autochtone », soutient Isabelle Beaudoin.

Pour elle, le développement d'un système de santé public culturellement sensible passe par chaque personne qui le compose. « Toute personne ouverte d'esprit à un rôle important à jouer. Je souhaite que chacune ait le courage, comme je l'ai fait, de prendre l'initiative d'aller vers un membre des Premières Nations pour affronter ses préjugés et en apprendre plus », conclut Isabelle Beaudoin.

« Au-delà des formations théoriques, le personnel doit comprendre le vécu des communautés, leur histoire et les traumatismes subis. »

AMÉLIE BLANCHET GARNEAU : FAVORISER LA RECHERCHE-ACTION PARTICIPATIVE EN SANTÉ AVEC LES PREMIÈRES NATIONS ET INUIT

Titulaire de la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec (CRASIQ), Amélie Blanchet Garneau favorise une approche de recherche encore trop rare : celle de travailler en partenariat avec les membres des Premières nations et Inuit dans la cocréation des projets. Pour cette chercheuse passionnée par l'équité en santé et la sécurité culturelle, il n'y a pas meilleure stratégie pour trouver des solutions concrètes et durables.

Créée en 2019 à l'initiative de l'Institut de la santé des Autochtones et des Instituts de recherche en santé du Canada, la CRASIQ est l'un des six centres de recherche autochtone au pays. Elle vise, entre autres, à lutter contre le racisme systémique envers les personnes autochtones en milieu urbain, à promouvoir l'équité et la sécurité culturelle, à décoloniser la formation et la pratique des professionnels de la santé et à mettre en œuvre des « pratiques sages », c'est-à-dire durables et équitables, sur le plan systémique. La réalisation de sa mission passe, avant tout, par un partenariat fort avec les membres des Premières Nations et les Inuit. « Notre première initiative a été d'établir des liens avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, qui rassemble 11 centres offrant des services en milieu urbain. Les centres ont collaboré à la définition de la vision, de la mission et des axes de recherche de la Chaire », explique la chercheuse et professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Une approche participative, du début à la fin

La Chaire développe chacun de ses projets en partenariat avec des personnes et organismes autochtones, dans une approche de recherche-action participative. « Des personnes-ressources autochtones sont membres de l'équipe de recherche et s'impliquent à toutes les étapes des projets, de A à Z. Par exemple, nous décidons ensemble des questions à formuler, des données à collecter, des résultats à présenter, et discutons de nos biais et stéréotypes. Ainsi, les projets répondent aux priorités des personnes et organismes autochtones impliqués. « C'est un partenariat équitable, qui favorise des résultats et des outils durables dont bénéficient les Premières Nations et les Inuit », souligne Amélie Blanchet Garneau.

La chercheuse aspire à des outils concrets pour changer les pratiques en santé, autant sur le plan individuel que systémique. Deux projets sont actuellement en développement à la Chaire. L'un approfondit les manières de comprendre et de s'appropriier des approches pédagogiques antiracistes, et l'autre vise à proposer une trousse de mise en action pour favoriser la sécurité culturelle, lutter contre le racisme systémique et améliorer l'équité en santé. Ce dernier projet se fonde sur l'approche de soins de santé orientés vers l'équité, développée par une équipe de recherche de l'Université de la Colombie-Britannique, un proche partenaire de la CRASIQ.

Des outils simples pour de grands changements

Parfois, des moyens très simples suffisent pour améliorer les soins. La chercheuse cite l'exemple d'une clinique, en Colombie-Britannique, qui a pu servir plus de personnes autochtones en ouvrant simplement de véritables plages horaires sans rendez-vous, à des heures variées. Elle évoque aussi la pratique de la « trajectoire équitable »

(equity walk-through), qui consiste à inviter une personne autochtone à parcourir, par exemple, la trajectoire d'admission dans un milieu de soins, en exprimant son vécu et ses impressions au fur et à mesure. « On relève alors des détails invisibles à nos yeux, mais rébarbatifs pour elle, ce qui nous permet d'améliorer la qualité du service », indique Amélie Blanchet Garneau.

La chercheuse a également collaboré à divers projets avec l'équipe de San'yas Indigenous Cultural Safety Training, une formation sur la sécurité culturelle ancrée dans une pédagogie antiraciste, créée et gérée par des autochtones, désormais obligatoire pour l'ensemble des infirmières en Colombie-Britannique. Une initiative qu'elle verrait d'instaurer au Québec.

Elle encourage les infirmières sensibles aux iniquités à affirmer leur leadership en recherche et dans les milieux de soins. « Nos actions peuvent réellement bénéficier aux personnes autochtones si nous adoptons une approche participative. Que l'on soit allochtone ou autochtone, nous avons tous un rôle à jouer en matière d'équité », conclut la chercheuse. •

«Au Québec, on met l'accent surtout sur la relation entre les professionnels de la santé et les autochtones. Mais pour progresser vers l'équité des soins, il faut aussi agir sur les plans organisationnel et systémique.»



POUR EN SAVOIR PLUS

Pour en connaître davantage sur la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec (CRASIQ), consultez leur site web : www.crasiq.ca



NASKAPI
Établissement nordique en milieu autochtone

INFIRMIER(S) INFIRMIÈRE(S) RECHERCHÉ(es)

Postes à temps complet et à temps partiel en :

Suivi de diabète / suivi de grossesse / télésanté ou télémédecine / dispensaire / santé communautaire

Heures d'ouverture : 8 h 30 à 16 h 30 du lundi au vendredi.

Une rotation de garde est partagée avec les infirmières et infirmiers en dispensaire.

Vous êtes dynamique et autonome?

Vous faites preuve d'ouverture et de leadership?

Vivez une expérience enrichissante dans notre beau Grand Nord et découvrez un milieu de vie et de travail exceptionnel!



Droits réservés STGM / Alexandre Guérin

À l'attention de : Solange Charlebois
solange.charlebois.09nspk@ssss.gouv.qc.ca
1016, Mohannis C.P. 5154 Kawawachikamach, Qc G0G 2T0



«Le moment est propice pour réduire les iniquités. On sent actuellement beaucoup d'ouverture de la part des gestionnaires en soins infirmiers et en santé en général.»

AMÉLIE BLANCHET GARNEAU, inf., Ph. D.
Professeure adjointe et chercheuse,
Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal
Titulaire de la Chaire de recherche autochtone en soins infirmiers au Québec (CRASIQ).

Un balado en neuf épisodes sur la diversité de la profession infirmière

Au cours de la dernière année, le Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval (CJORIIML) a produit un balado de neuf épisodes pour souligner la diversité de la profession et inspirer ses membres. Mis en ligne entre le 28 octobre 2021 et le 3 mars 2022, le balado « Une profession, mille et une options » suscite déjà de l'intérêt dans l'auditoire.

par CATHERINE CRÉPEAU

Quand la pandémie a frappé, le CJORIIML préparait une série de conférences avec des infirmières au parcours atypique ou exerçant dans des milieux méconnus. La pandémie et les mesures sanitaires ont rapidement mis fin au projet. Mais le Comité n'avait pas dit son dernier mot. Les 5 à 7 sont devenus un balado où neuf infirmières se livrent sur leur parcours professionnel et leur pratique.

Tous les membres du CJORIIML ont participé à la sélection des intervenantes. « Nous cherchions des infirmières qui travaillent dans des milieux peu connus et ayant une pratique inspirante et diversifiée pour montrer à nos membres que la profession infirmière peut s'exercer hors des murs de l'hôpital. Par exemple, on a rencontré Elizabeth Arpin, directrice nationale des soins infirmiers au ministère de la Santé, qui nous a montré que les infirmières peuvent avoir un impact politique, et que cette avenue est possible », raconte Gabrielle Gascon, une des infirmières derrière le projet de balado.

Chaque épisode nous emmène dans le quotidien d'une infirmière qui, comme Claudia Paquette, nous raconte ses nombreuses expériences d'aide humanitaire ou Alexandra Lachanche qui nous parle de sa pratique en télémedecine, ou encore Évelyne Désilets qui entraîne son audience derrière les barreaux auprès d'une clientèle très peu connue. L'auditoire peut également suivre une journée d'Alexie Bigras, toujours prête à quitter le CHU Sainte-Justine pour aller chercher un nouveau-né dans un autre centre hospitalier. Quant à Mathilde Racine, elle nous conduit au sein d'un service d'injection supervisé (SIS). Et Marie-Michelle Beauchemin parle des problèmes des communautés autochtones et de la grande autonomie dont disposent les infirmières qui pratiquent dans le Grand Nord. Les témoignages de Catherine Dufour, infirmière première assistante en chirurgie, et d'Anaymone Codio, infirmière assistante au supérieur immédiat dans un Groupe de médecine de famille (GMF), complètent finalement la série.

PRODUCTION MAISON

Ce balado a été entièrement produit par les membres du Comité jeunesse et leurs proches qui ont mené les entrevues, monté les extraits audio, choisi les musiques d'accompagnement, fait le graphisme, etc. Ils y ont consacré près d'un an. « Cela n'a pas toujours été facile de trouver du temps après le travail, mais surtout de coordonner les horaires d'un peu tout le monde pour trouver les invités, préparer les entrevues, faire le montage, mais ça été une belle expérience », rapporte Gabrielle Gascon. Elle-même s'est initiée au montage avec un logiciel téléchargé en ligne. « Une nouvelle corde à mon arc », dit-elle.

« La série montre que le rôle de l'infirmière est très très large et qu'on n'entend pas assez parler de la diversité de la profession. À un moment où ce qui se passe est décourageant, c'est stimulant », souligne Gabrielle Gascon. Elle ajoute que même si la production a demandé beaucoup d'efforts, les commentaires reçus jusqu'à présent les encouragent à penser à une deuxième série. Peut-être cet été... ou à l'automne. ●



POUR EN SAVOIR PLUS

Le balado **Une profession, mille et une options** est disponible à l'adresse : www.cjoriiml/balado.

Vous découvrirez les récits de neuf infirmières inspirantes.



Envie d'une
sortie en raquettes
durant ta pause?



LA GASPÉSIE RECRUTE DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS

Joins-toi à notre équipe!

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

FIER DE SUPPORTER VOTRE EXPERTISE

AVEC DES CHAUSSURES ET DES BAS
DE COMPRESSION POUR ASSURER UN
SUPPORT INCOMPARABLE ET UN CONFORT
SANS PAREIL À CHACUN DE VOS PAS.



TROUVEZ UNE SUCCURSALE SUR [MEDICUS.CA/SANTE](https://www.medicus.ca/sante)

* Offre valide sur les produits à prix régulier seulement. Exclut celles nécessitant une prescription médicale. Sur présentation d'une carte de membre valide au moment de l'achat (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec; Ordre des Infirmières et Infirmiers Auxiliaires du Québec). Ne peut être jumelé à aucune autre promotion.

Medicus

Savard

OXYBEC

ORTHO service

Des membres de la profession prennent la parole dans les médias

La pandémie de COVID-19 a mis les soins de santé au cœur de l'actualité tout en exacerbant les défis auxquels doivent faire face le Québec et la profession infirmière. Pourtant, les médias ont peu sollicité les infirmières, alors que leur expertise est essentielle en cette période. Face à ce constat, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a interpellé six membres pour intervenir comme « experts de la profession infirmière » dans la sphère médiatique. Cette initiative commence d'ailleurs à porter ses fruits.

par CATHERINE CRÉPEAU

La présence médiatique de ces six membres rappelle qu'avec ses 17 activités réservées et son champ de pratique le plus étendu qui soit parmi les professions de la santé au Québec, l'expertise infirmière est reconnaissable à ses compétences uniques, propres à chaque domaine de soins spécifiques.

Ces experts ont donc été choisis en raison de leurs connaissances pointues, de leur expérience et de la diversité de leurs pratiques. Ils proviennent de milieux de pratique différents et surtout de ceux ayant eu une couverture médiatique importante, comme la gériatrie, la prévention des infections, les soins critiques, les soins intensifs, les soins de première ligne et la santé mentale. Ils ont également une bonne connaissance des enjeux de la profession et de sa diversité.

RETOMBÉES MÉDIATIQUES

Depuis leur mise en relation avec les journalistes couvrant le milieu de la santé, les « experts » ont été sollicités pour au moins quatre reportages dans les journaux et à la télévision. D'ailleurs, Caroline Riopel et Guillaume Fontaine sont intervenus dans un article du *Devoir* à propos de la surcharge de travail, mais également des conséquences du délestage des infirmières. « Les infirmières délestées dans certains secteurs pour travailler à l'urgence n'ont pas nécessairement l'expertise pour le faire. L'urgence, ce n'est pas un milieu où on peut former une infirmière en trois semaines. Ça nécessite plutôt deux à trois ans. [Leur formation] met une pression supplémentaire sur les infirmières avec plus d'expérience », précise Guillaume.

Dans un autre article du *Devoir*, Julie Poirier rappelle l'importance des IPS dans le réseau et de leur rôle dans l'accès aux soins. « Il faut changer le réseau, mais aussi changer le réflexe des patients de toujours aller voir un médecin pour tout. Une jeune femme qui a besoin d'anovulants n'a pas besoin absolument de voir un médecin », explique-t-elle.

Ces six « experts » ne sont que les premiers et leurs actions inciteront vraisemblablement d'autres membres de la profession à prendre la parole.

EN CONCLUSION

La pandémie de la COVID-19 a finalement fait prendre conscience que les infirmières doivent sortir de leur culture de « discrétion » et prendre leur place dans l'espace médiatique. Leur expertise se doit d'être connue et reconnue par le système de santé, la population québécoise et les médias. ●

PORTRAIT DES SIX EXPERTS



KARINE BOISSONNEAULT, inf., ICS-PCI, M. Sc. inf.

Infirmière clinicienne spécialisée en prévention et contrôle des infections (ICS-PCI)
CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Karine s'assure que chaque petite bataille en prévention et contrôle des infections ait sa stratégie la plus adaptée. Au quotidien, elle propose aux équipes de soins et aux différents services des milieux où elle pratique des moyens réalistes et efficaces pour prévenir et combattre les éclosions d'infections nosocomiales et les infections de type pandémique.



GUILLAUME FONTAINE, inf., Ph. D.

Infirmier expert en soins critiques, urgence
Hôpital d'Ottawa et Centre hospitalier de l'Université de Montréal,
Chercheur postdoctoral et président de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ).

Guillaume est un expert des stratégies qui soutiennent les professionnels de la santé dans leur pratique, ainsi que des stratégies de réorganisation des soins et des services de santé. Son expertise est gage de soins de meilleure qualité, plus efficaces et plus équitables pour les patients.



JESSICA RASSY, inf., Ph. D.

Infirmière experte en santé mentale, professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke,
Présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale (AQISM).

Jessica forme la relève infirmière à mieux évaluer et intervenir auprès d'une clientèle vivant une situation de crise ou ayant des problèmes de santé mentale. Ses intérêts de recherche portent sur la prévention du suicide chez les adolescents, les facteurs de protection du suicide, les technologies de l'information et des communications (TIC) en prévention.



ANGÉLIQUE PAQUETTE, inf., M. Sc. inf.
Infirmière experte en gériatrie CISSS de la Montérégie-Centre.

Angélique connaît en profondeur les aspects propres à la clientèle gériatrique sur les plans cognitif et comportemental, leurs enjeux par rapport à leur autonomie et les différents milieux de soins où on les trouve. Son expertise contribue à améliorer la qualité des soins en gériatrie et défend l'intérêt des patients avec lesquels elle travaille de près afin de leur offrir des soins optimaux et sécuritaires.



CAROLINE RIOPEL, inf., B. Sc.
Infirmière experte en soins critiques, soins intensifs, gestionnaire d'unité de soins intensifs et de coordination des programmes au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).
Présidente du Regroupement des infirmières et infirmiers en soins intensifs du Québec (RIISIQ).

Comme gestionnaire, Caroline vise l'harmonisation et l'application des meilleures pratiques en soins critiques. Pour elle, le savoir, l'expérience clinique et relationnelle, la formation et le maintien des compétences en soins intensifs sont des outils essentiels à l'infirmière pour travailler auprès de patients aux prises avec des situations complexes de soins.



JULIE POIRIER, inf., IPSPL
Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)
CISSS Chaudière-Appalaches
Professeure au Département des sciences de la santé à l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) – Campus de Lévis, et présidente de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches (ORIICA).

Forte d'une vision globale et d'une approche basée sur des résultats probants, Julie offre des soins personnalisés au patient et l'accompagne dans la prise en charge de sa santé. Sa pratique autonome lui permet, notamment, de diagnostiquer des maladies et de déterminer des traitements médicaux. Grâce à son savoir scientifique, elle est une référence en matière de formation aux infirmières et aux médecins dans les domaines suivants : le suivi de nouveau-nés et de jeunes enfants, le suivi de grossesse, la contraception et les maladies chroniques, telles que le diabète et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).



POUR EN SAVOIR PLUS

Retrouvez les interventions de nos experts sur notre site
Web : www.oiiq.org/experts

LE RQESR, LE FORMATEUR EN SANTÉ RESPIRATOIRE AU QUÉBEC

En plus de former les éducateurs en asthme et en MPOC, le RQESR offre une variété de formations virtuelles auxquelles vous êtes cordialement invités.



COLLOQUE QUÉBÉCOIS EN CESSATION TABAGIQUE, 2^e ÉDITION

29 avril 2022 de 9h à 12h

Dépendance à la nicotine
et santé mentale

FORUM QUÉBÉCOIS SUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE DES ENFANTS

6 mai 2022 de 9h à 12h

Échanges et constats
avec les experts

2^e JOURNÉE NATIONALE DE L'ÉDUCATION EN SANTÉ RESPIRATOIRE

14 octobre 2022 de 9h à 16h

Communication,
interdisciplinarité et actualités



RQESR

RÉSEAU QUÉBÉCOIS D'ÉDUCATION
EN SANTÉ RESPIRATOIRE

La référence des professionnels



Pour tout connaître au sujet des activités
offertes par le RQESR, visitez notre site Web!



rqesr.ca



facebook.com/RQESR



« Je trouve très gratifiant de voir que les gens sont bien au moment de leur décès, qu'ils partent tout doucement. »

Mario Blouin : préserver l'humanité et le confort des patients en fin de vie

Infirmier en soins palliatifs au Centre d'hébergement Paul-Bruchésie de Montréal, Mario Blouin raconte son travail auprès des personnes en fin de vie, du personnel soignant et des familles. Si la mort est une réalité difficile à apprivoiser pour la vaste majorité d'entre nous, pour les infirmières en CHSLD, elle est quotidienne. Mario Blouin la côtoie de près depuis le début des années 2000. Sa mission : rendre la fin de vie des patients la plus humaine et la moins souffrante possible.

par **CAROLINE RODGERS**

Le cheminement de Mario Blouin vers les soins palliatifs s'est fait progressivement au fil de sa carrière. Quand il a commencé comme jeune infirmier, il travaillait dans un département de chirurgie où il y avait souvent des personnes en fin de vie, leur cancer étant trop avancé. Il trouvait épouvantable de les voir tant souffrir, car, à l'époque, la médication n'était pas aussi bien ajustée qu'elle l'est maintenant.

Aujourd'hui, le personnel infirmier tient compte des signes et symptômes. Dans ses interventions, Mario Blouin tente d'éliminer les fausses croyances sur la médication. Il œuvre pour démystifier la morphine, entre autres. Selon lui, des membres du personnel infirmier croient encore que la morphine tue et, ayant peur d'administrer la fatale dernière dose, craignent d'être responsables de la mort du patient. Mario Blouin leur fait comprendre que c'est la maladie qui tue les gens, et non la morphine.

Après son passage en chirurgie, Mario passe 12 ans aux urgences. Il constate que certaines personnes s'y rendent pour mourir, et trouve cela inhumain. C'est alors qu'il décide de prendre soin de ces gens en les installant dans un lieu tranquille de l'urgence pour leur permettre de mourir en paix. Il se dit alors qu'il y aurait sûrement moyen de les garder à la maison plus longtemps et, si possible, jusqu'à leur ultime départ.

En 2000, il décide d'acquérir davantage de connaissances et de compétences en soins palliatifs à domicile. Pendant des années, il accompagne énormément de familles et de patients qui ont décidé de mourir à la maison. Pour lui, c'est une noble discipline que d'amener quelqu'un vers la fin de sa vie en rendant ses derniers jours le plus confortables possible. Ce qui le motive avant tout, c'est le bien-être de la personne. « J'aime me servir d'une image : c'est comme amener quelqu'un à l'arrêt d'autobus. En chemin, il y a des trous dans la route et j'essaie de les éviter pour que la personne soit bien. Une fois à l'arrêt d'autobus, les gens se sentent mieux et ils s'en vont. Je trouve très

gratifiant de les voir être bien au moment de leur décès, qu'ils partent tout doucement. On peut alors se dire : "Mission accomplie". »

SOINS PALLIATIFS : UNE PHILOSOPHIE

En 2018, dans le cadre de l'application de la nouvelle *Loi concernant les soins de fin de vie*, la Loi 2 aussi appelée « Mourir dans la dignité », Mario Blouin est sollicité pour participer à la mise sur pied d'un projet de soins palliatifs en CHSLD. L'objectif est d'améliorer la prise en charge des résidents en fin de vie en offrant une meilleure formation et des outils au personnel concerné.

À ce moment, un manque de formation et d'information sur les soins palliatifs se fait sentir au sein des équipes. Certaines infirmières ont du mal, par exemple, à reconnaître la détresse respiratoire. Mario Blouin se voit confier le mandat d'améliorer les soins palliatifs dans 17 CHSLD. Un immense défi, car il n'est pas facile de changer le cours d'un aussi gros navire! Pour y arriver, il faut procéder méthodiquement.

Mario Blouin donne d'abord de la formation sur l'évaluation, le suivi et le soulagement de la douleur, notamment concernant les patients incapables de communiquer; il établit une liste des signes indicateurs de la fin de vie, et enseigne l'évaluation et la prévention de la détresse respiratoire. Finalement, son dernier « bébé » est l'adaptation d'une grille de surveillance élaborée par un médecin de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), en fonction de la réalité des CHSLD. Elle sert d'aide-mémoire et de guide sur les soins et interventions en fin de vie.

Mario Blouin accompagne aussi le personnel infirmier en CHSLD pour corroborer qu'un patient approche bel et bien de la fin de sa vie avant d'avertir le médecin et la famille. Il encadre les infirmières pour l'évaluation des signes et symptômes à observer et les mesures à prendre pour que la personne soit le plus à l'aise possible, en lui administrant la médication au besoin pour



« Il y avait un tel manque de formation et d'information sur les soins palliatifs au sein des équipes. Certaines infirmières avaient du mal, par exemple, à reconnaître la détresse respiratoire. On m'a donné le mandat d'améliorer les soins palliatifs dans 17 CHSLD. »

éviter des souffrances inutiles. « C'est important de les sensibiliser à la souffrance, de leur faire comprendre à quel point la mort peut être quelque chose de douloureux », dit-il.

Avec les années, Mario Blouin a appris à reconnaître des signes qui ne trompent pas chez les personnes âgées. Souvent, il détecte les signes avant-coureurs de la fin de la vie d'une personne environ trois mois avant le décès. La personne change ses habitudes, mange moins, cesse de marcher. Malheureusement, il se trompe rarement.

ACCOMPAGNER LES FAMILLES

Son travail l'amène aussi à intervenir auprès des familles des patients. Alors que certaines sont résilientes, pour d'autres, la situation est plus difficile. Il rencontre des gens très réticents à laisser partir leur proche. Il tente de leur expliquer ce qui se passe en les mettant au courant de chaque étape de la maladie et de la détérioration de la personne.

À force de côtoyer la mort, le moral du personnel soignant peut être affecté. Mario Blouin a développé une philosophie : pour lui, la mort fait partie de la vie. L'important est de s'assurer que la mort soit la moins douloureuse possible.

« Toute personne doit mourir un jour. C'est la loi de la nature et il n'y a aucune discrimination. C'est certain que je suis humain, et des cas sont plus touchants que d'autres. Je serais incapable de donner des soins palliatifs en pédiatrie. Je trouve cela trop injuste de voir des petits enfants mourir. Mais si on a une personne de 92 ans, qui a eu une belle vie, qui a voyagé, qui est entourée de sa famille, que ses enfants lui chantent des chansons de leur enfance, qu'ils évoquent des beaux souvenirs, alors c'est réconfortant de voir à quel point cette personne a eu un impact sur sa famille. »

EFFETS DE LA PANDÉMIE SUR LE PERSONNEL INFIRMIER

Comme on le sait, la pandémie de COVID-19 a eu des effets dévastateurs sur les résidents des CHSLD, laissant des centaines de morts dans son sillage. Cela a évidemment eu aussi un impact sur le personnel. Pour Mario Blouin, le plus pénible a été de devoir mettre de côté une partie de la chaleur humaine qui fait partie des aspects gratifiants de la profession.

De nature assez chaleureuse, il trouve difficile de ne plus pouvoir agir comme avant avec les familles. Dans le passé, il ne se gênait pas pour prendre ces personnes dans ses bras afin de les réconforter quand elles avaient envie de pleurer. Avec la distanciation physique, tout est plus froid, plus clinique. On explique au lieu de prendre la main. Malgré la COVID-19, des membres des familles brisent quelquefois cette distance, dans l'émotion du moment, et vont vers lui.

« Quand ça arrive, je ne les repousse pas. Parfois, on pleure ensemble. » •

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

DES FORMATIONS SUR MESURE DÉVELOPPÉES POUR VOUS



LES + DE NOS FORMATIONS

Formation professionnelle en soins podologiques

■ La seule au Québec offerte par un cégep

Formations en établissement

■ Adaptées aux problématiques de votre milieu

Formations individuelles

■ Idéales pour optimiser votre jugement clinique



Visitez notre site



514 278-3535, poste 5260 | sante@collegemv.qc.ca

Sciences infirmières

Deux nouveautés

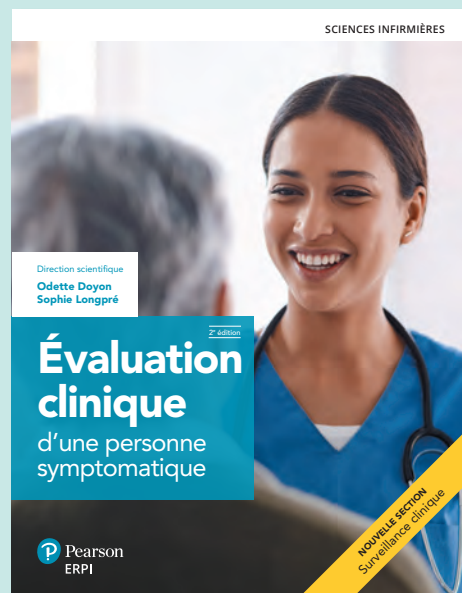
conçues par des experts en soins infirmiers

Les éditions les plus à jour de *Psychiatrie et santé mentale* et d'*Évaluation clinique d'une personne symptomatique* s'ajoutent à notre collection.



Psychiatrie et santé mentale – 3^e édition

Sous la direction de Pierre Pariseau-Legault et Marie-Hélène Goulet



Évaluation clinique d'une personne symptomatique – 2^e édition

Sous la direction d'Odette Doyon et Sophie Longpré



Procurez-vous votre accès à la démo de ces ouvrages dès maintenant !

Pour en savoir plus sur ces nouveautés et sur notre collection en sciences infirmières, visitez

pearsonerpi.com/sc-infirmieres



À PROPOS DE **La maltraitance envers les enfants**

par CLAUDIA HÉBERT BEAUDOIN, inf.
Monitrice clinique de l'urgence du CHUL,
CHU de Québec-Université Laval

La pandémie a entraîné des répercussions majeures sur la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), notamment la baisse du nombre et le changement de type et de provenance des signalements. Le confinement a eu comme conséquence de dissimuler certains cas qui, normalement, auraient pu être dénoncés (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2021).

Les infirmières pratiquant à l'urgence sont aux premières loges pour voir et recevoir les enfants victimes de maltraitance et de négligence. Il apparaît donc impératif qu'elles agissent en amont du processus patient et qu'elles connaissent leurs devoirs et obligations, tant déontologiques que légaux.

RÉPONSES EN PAGE 36

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. Une mère se présente à l'urgence avec son bébé. Elle dit être connue de la DPJ. Vous n'aurez donc pas de signalement à faire, et ce, peu importe la raison de la consultation.

☐ ☐

02. Vous notez des marques d'allure ecchymotique de coloration jaunâtre sur le thorax d'un enfant. Vous pouvez donc affirmer avec certitude que ces marques sont anciennes.

☐ ☐

03. Le trauma crânien non accidentel ou en contexte de maltraitance se remarque facilement dès l'étape du triage à l'urgence.

☐ ☐

04. Il est inhabituel de voir des ecchymoses chez les bébés de moins de neuf mois.

☐ ☐

05. Vous recevez un enfant accidentellement intoxiqué au cannabis. Il a trouvé et a ingéré des friandises au THC, pourtant soigneusement cachées par les parents. Ces derniers ayant l'air fiables et cet événement étant accidentel, vous n'avez pas à faire de signalement à la DPJ.

☐ ☐

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

**Vous êtes en quête de changement et d'aventure extraordinaire?
Vous souhaitez acquérir une expérience précieuse?**

Le Nunavik est fait pour vous. Réalisez votre plein potentiel dans le Grand Nord au Centre de santé Inuulitsivik. Vous pourrez avoir une influence réelle sur la santé d'une communauté, tout en profitant des avantages de la vie dans une région magnifique, entre nature et partage.

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

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

NOUS RECHERCHONS DES INFIRMIER(ÈRE)S

- Postes permanents disponibles
- Unité de soins, plein exercice du champ de compétence infirmier, liaison, IPSPL
- MAD, santé publique, ITSS, TB



CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK

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

www.inuulitsivik.ca

La Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec offrira des bourses d'études partout au Québec

Parmi les faits saillants de son plan stratégique 2022-2025, adopté l'été dernier, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (FOIIQ) mettra sur pied un programme destiné à soutenir financièrement les étudiantes infirmières de partout au Québec.

Désireuse de renforcer sa cohérence avec la mission de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la FOIIQ a intégré à son plus récent plan triennal stratégique un nouveau programme de bourses, qui favorisera à la fois l'équité régionale et la diversité des pratiques en milieu infirmier. Ainsi, la FOIIQ proposera une vingtaine de bourses régionales de 7 000 \$ dès cette année à des étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières, et quelques autres bourses de 10 000 \$ à des étudiantes à la maîtrise. Les récompenses seront équitablement réparties en fonction du nombre de membres de chaque ordre régional.

La FOIIQ concrétise ainsi sa volonté d'agir en tant que levier stratégique et son intention de se rapprocher des infirmières. Cet engagement s'inscrit dans sa mission renouvelée d'« encourager les études en sciences infirmières ainsi que le développement professionnel des infirmières du Québec en leur offrant un soutien financier ».

Chaque bourse devait être assez substantielle pour constituer un véritable tremplin. Cet aspect était d'autant plus important dans le contexte actuel, où toute bourse dépassant 500 \$ est imposée de la même manière qu'un revenu d'emploi.

ENCOURAGER L'ENGAGEMENT

Afin de définir les modalités de son programme, la FOIIQ a dressé l'éventail des divers types d'accompagnement financier qui existent au Québec. Elle a alors constaté que les bourses d'excellence scolaire sont légion ! La Fondation a donc décidé de se démarquer en récompensant la qualité des objectifs et des intentions des candidates plutôt que le mérite scolaire. Ainsi, les lettres de soutien et d'intention, habituellement peu influentes lors de l'octroi de bourses conventionnelles, auront cette fois plus d'importance que le relevé de notes.

Un événement survenu dans la dernière année a

inspiré cette approche. En effet, la FOIIQ a été désignée par la succession de Noëllette Drouin, infirmière, pour administrer l'attribution de deux bourses de 10 000 \$ à des étudiantes méritoires. Au lieu de tabler sur l'excellence des résultats, la Fondation a choisi de mettre l'accent sur ce que le montant allait changer dans la vie d'une lauréate et ce qu'elle réaliserait avec celui-ci.

La vocation régionale du nouveau programme, quant à elle, établit une représentativité plus juste et suscite les dons en démontrant leur réinvestissement dans les communautés locales. De plus, l'initiative contribuera à déboulonner le mythe persistant selon lequel il est impossible de mener des études en sciences infirmières hors de la grande région de Montréal.

L'IMPORTANCE DES RÉGIONS

Pour la première année du programme, la FOIIQ entend collaborer avec ses 12 sections régionales. Elles seront, entre autres, responsables de stimuler les candidatures locales et de contribuer au processus de sélection des lauréates.

Le dévoilement des modalités d'inscription et des candidatures se déroulera ce printemps, et les dossiers seront étudiés cet été. Quant à l'annonce des premières lauréates, elle devrait avoir lieu vers la rentrée, à l'automne 2022. •



POUR EN SAVOIR PLUS

Retrouvez, dès la mi-mai, tous les détails sur le programme de bourses de la FOIIQ sur son site Web : fondationoiiq.org

ÉTUDIER EN SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UDES

DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT EN PASSANT PAR LA FORMATION CONTINUE

USherbrooke.ca/carriere-infirmiere

UdS Université de Sherbrooke

RabaisCampus

SERVICE D'ABONNEMENTS - MAGAZINES ET JOURNAUX

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



POURQUOI PAYER PLUS ?
270 TITRES DISPONIBLES !
75 TITRES À 25 \$ OU MOINS

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

19 TITRES EN SCIENCE & NATURE
10 TITRES EN CUISINE, RESTOS & VINS
65 TITRES POUR LES ENFANTS

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

Offre d'une durée limitée. Les prix rayés sont ceux en kiosque. Certaines conditions peuvent s'appliquer.
 Prix et disponibilité des publications sujets à changements sans préavis. Taxes en sus. Imprimé 01-2022



Peu importe l'intensité de l'activité physique : bougez!

Saviez-vous qu'à titre d'infirmière, vous pouvez exercer une grande influence sur la pratique d'une vie active? En effet, une courte intervention de votre part abordant la pratique de l'activité physique comme un traitement est un bon point de départ qui peut contribuer à la gestion de plusieurs maladies chroniques. La pratique régulière d'activités physiques a de multiples bénéfices, tant sur la santé physique que sur la santé mentale (Warburton et Bredin, 2017). Pourtant, de nombreux professionnels de la santé hésitent à la promouvoir, notamment parce qu'ils manquent de connaissances, de formation ou de temps, ou encore, parce qu'ils ne se croient pas suffisamment outillés pour la recommander (Hébert, Caughy et Shuval, 2012; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2013).

par **PÉNÉLOPE GOUDREAULT, inf., M. Sc., étudiante IPSPL**, **FRANÇOIS TRUDEAU, kin., Ph. D.**, **JULIE HOULE, inf., Ph. D., CSIC(c)**, et **LYNE CLOUTIER, inf., Ph. D.**

La capacité des infirmières d'influencer la pratique de l'activité physique doit être valorisée. Selon une revue de littérature portant sur les interventions infirmières en ce sens, près de 80 % des études observent une augmentation du niveau global de la pratique de l'activité physique, dont la pratique d'activités d'intensité moyenne à élevée et la marche (Richards et Cai, 2016). De plus, une revue systématique constate que les infirmières, en raison de leurs interactions régulières avec les patients, sont plus susceptibles de s'engager dans la promotion de l'activité physique que les médecins généralistes (Crisford et al., 2018). Les infirmières peuvent donc contribuer à améliorer la santé des patients.

PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

Pour la majorité des gens, savoir ce qui est bon pour la santé ne suffit pas à changer de comportement ni à le maintenir dans le temps. Toutefois, comprendre les avantages que ce comportement aurait pour eux-mêmes peut suffire à déclencher un changement. Pour se maintenir à moyen et à long terme, ce comportement nécessitera cependant d'autres incitations. L'infirmière, par son rôle dans la promotion de la santé, doit connaître les bienfaits de la pratique régulière de l'activité physique et pouvoir les expliquer clairement aux personnes qui souhaitent en apprendre davantage (**Encadré 1**).

MISE EN SITUATION

M. Dubé, âgé de 57 ans, est comptable. Il vous rencontre pour un enseignement de la mesure de la pression artérielle à domicile (MPAD). Il vient d'apprendre que sa pression artérielle est à la limite du seuil recommandé, tout comme sa glycémie à jeun. Son tour de taille dépasse également les seuils recommandés. M. Dubé vous mentionne qu'il aimerait améliorer son état de santé et faire de l'activité physique. Il dit être actif, mais « pas trop ». Il est conscient que l'activité physique, « c'est bon pour la santé », et qu'il devrait en pratiquer davantage, mais il ne sait pas trop comment s'y prendre. Il se demande aussi si la pratique de l'activité physique est contre-indiquée en raison de ses problèmes de santé. Il dit que de se rendre dans une salle d'entraînement, « ce n'est pas son fort ». Il n'est pas friand des sports d'équipe non plus.

Comment pouvez-vous l'accompagner vers un changement de comportement? Quelles sont les recommandations adaptées à sa condition? Que devez-vous évaluer avant de lui conseiller de faire de l'activité physique? Comment pourriez-vous l'aider à pratiquer de l'activité physique et à maintenir sa motivation dans le temps?

Le **Tableau 1** résume les principaux bénéfices de l'activité sur les systèmes du corps humain. Une étude méta-épidémiologique suggère d'ailleurs que les interventions qui ont mené à la pratique de l'activité physique sont

potentiellement plus efficaces que certains médicaments pour la prévention secondaire des maladies coronariennes, des AVC, de l'insuffisance cardiaque et du prédiabète (Naci et Ioannidis, 2015).

Encadré 1

SAVIEZ-VOUS QUE...

Les personnes qui ne pratiquent pas suffisamment d'activité physique ont un risque de décès de 20 à 30 % plus élevé (OMS, 2020).

Les personnes qui pratiquent hebdomadairement au moins 150 minutes d'activités physiques d'intensité moyenne à élevée réduisent de 25 % à 50 % leur risque de souffrir de plusieurs maladies chroniques, y compris l'hypertension artérielle (HTA), la coronaropathie, le diabète de type II, le cancer du côlon, l'ostéoporose et les problèmes de santé mentale (Thornton et al., 2016).

Au Québec, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, à peine plus de 50 % des adultes respectent les recommandations canadiennes de pratiquer hebdomadairement 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée, par séance d'au moins 10 minutes consécutives (Statistique Canada, 2018).

Si l'ensemble de la population canadienne accumulait au moins 150 minutes d'activité physique par semaine, le Comité scientifique de Kino-Québec (2020) rapporte que le nombre de décès attribuables aux maladies suivantes diminuerait de façon importante :

- les coronaropathies (↓19 %);
- les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (↓24 %);
- l'ostéoporose (↓24 %);
- le cancer du côlon (↓18 %);
- le cancer du sein (↓14 %).

Tableau 1

BÉNÉFICES DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LES SYSTÈMES

SYSTÈME	BIENFAITS POTENTIELS DE LA PRATIQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE
Appareil locomoteur	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention de l'ostéoporose et maintien de la masse osseuse et musculaire, ce qui diminue entre autres le risque de chute chez les personnes âgées • Diminution des douleurs articulaires par l'effet indirect de l'atteinte d'un poids santé qui, conséquemment, réduit la pression exercée sur les articulations
Cognition et fonctions mentales	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité du sommeil • Augmentation du niveau d'énergie • Meilleure gestion du stress : diminue l'anxiété en favorisant la relaxation • Diminution du risque de dépression • Amélioration des fonctions mentales : concentration, mémoire, attention • Ralentissement du déclin cognitif et de l'apparition de la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson (effet neuroprotecteur)
Système immunitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement du système immunitaire
Système cardiovasculaire et métabolique	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la pression artérielle • Diminution du risque d'AVC • Diminution des facteurs de risque associés aux maladies cardiovasculaires • Diminution de la glycémie et gestion plus efficace en améliorant la sensibilité à l'insuline • Prévention du diabète de type II • Amélioration du profil lipidique et diminution du tissu adipeux viscéral
Système digestif	<ul style="list-style-type: none"> • Stimulation du transit intestinal

Sources : OMS, 2020; Warburton et al., 2007, 2016; Warburton et Bredin, 2017.

Société Alzheimer

**Référez un proche aidant
dès maintenant**

referenceaidancequebec.ca

Tableau 2
NIVEAUX D'INTENSITÉ DES ACTIVITÉS PHYSIQUES

NIVEAUX	EFFETS RESENTIS	TYPES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES
Intensité légère	<ul style="list-style-type: none"> • Peu ou pas d'essoufflement • Possibilité de tenir une discussion • Légère augmentation de la fréquence cardiaque • Peu ou pas de sudation 	<ul style="list-style-type: none"> • Marche d'un pas normal sur terrain plat (moins de 5 km/h) • Aquaforme d'intensité légère • Danse sociale récréative • Canot de promenade
Intensité moyenne	<ul style="list-style-type: none"> • Respiration plus rapide • Possibilité de tenir une discussion, mais en courtes phrases (capable de parler, mais pas de chanter) • Augmentation moyenne de la fréquence cardiaque • Sudation légère 	<ul style="list-style-type: none"> • Marche d'un pas accéléré ou course à pied lente (environ 8 km/h) • Kayak • Pelletage • Raquette • Tennis, badminton • Volley-ball
Intensité élevée	<ul style="list-style-type: none"> • Essoufflement • Difficulté à parler • Augmentation importante de la fréquence cardiaque • Sudation 	<ul style="list-style-type: none"> • Course à pied (plus de 10 km/h) • Natation rapide • Ski de fond (plus de 8 km/h) • Cyclisme (plus de 20 km/h) • Randonnée en montagne • Soccer • Hockey

Note : La majorité des activités peuvent être pratiquées à différentes intensités. L'indicateur est davantage l'essoufflement ressenti, la sudation et la fréquence cardiaque.
Sources : Ainsworth et al., 2011; Frémont, 2017.

PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ L'ADULTE

Les lignes directrices émises récemment par le Comité scientifique de Kino-Québec (2020) recommandent ce qui suit aux adultes âgés de 18 à 64 ans qui souhaitent retirer des bienfaits de l'activité physique :

- augmenter la durée et le niveau d'intensité de l'activité physique, tout en diversifiant les types d'activités et en respectant leur progression;
- pratiquer des activités aérobies mais également inclure, au moins deux fois par semaine, des activités qui renforcent les muscles, y compris celles qui font travailler l'équilibre, particulièrement pour les personnes les plus âgées;
- diminuer le temps de sédentarité, par exemple en pratiquant plusieurs heures d'activité physique d'intensité légère, y compris la station debout.

Rappelons que l'OMS et la Société canadienne de physiologie de l'exercice recommandent la pratique d'au moins 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité moyenne à élevée (Ross et al., 2020). Chaque personne devrait atteindre cette cible progressivement tout en respectant sa condition physique. Le fait de dépasser cette cible pourrait même générer encore plus d'avantages pour la santé. Il convient toutefois d'encourager le patient qui désire augmenter sa quantité d'activité physique à consulter un kinésologue afin de s'assurer d'une progression adéquate et sécuritaire.

TYPES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES, INTENSITÉ ET EFFETS

Le **Tableau 2** décrit les niveaux d'intensité selon les types d'activités et les effets ressentis pendant la pratique. Il présente le niveau d'intensité éprouvé par des personnes ayant une capacité cardiorespiratoire normale lorsqu'elles pratiquent des activités de type aérobique.

Les effets ressentis pendant la pratique de ces activités diffèrent selon la capacité cardiorespiratoire de chaque personne. En clinique, on utilise l'échelle de perception de l'effort de Borg modifiée (Borg, 1982), qui demande à une personne d'évaluer l'effort ressenti pendant un exercice physique. Cette perception tient compte de plusieurs facteurs : sa condition physique, son environnement, sa fatigue, etc. Elle permet aux personnes ayant une condition cardiorespiratoire altérée d'adapter leur pratique.

Selon cette échelle, la perception de l'effort peut être très faible, faible, modérée, élevée ou très élevée (**Figure 1**).

Notons qu'en plus des activités physiques de type aérobique, un programme d'activité physique complet devrait inclure des exercices de renforcement musculaire, d'étirement et d'équilibre. Chaque activité physique produit des effets différents et complémentaires sur la santé. Ainsi, les exercices de renforcement musculaire ont un impact positif sur la densité osseuse et l'augmentation de la masse musculaire, alors que les exercices aérobiques stimulent principalement les fonctions cardiorespiratoires.

Les exercices de renforcement musculaire demandent d'appliquer une force contre une résistance, par exemple des bandes élastiques, des balles, des poids ou encore, avec le poids corporel comme avec les redressements assis et les pompes. Connaître les niveaux d'intensité des activités physiques de type aérobique et les effets potentiels de chaque type d'exercice permet de mieux répondre aux besoins des personnes soignées.

Figure 1
ÉCHELLE DE BORG (0-10)

0	aucun effort
1	très très facile
2	très facile
3	facile
4	effort modéré
5	moyen
6	un peu dur
7	dur
8	très dur
9	très très dur
10	maximal

SÉDENTARITÉ ET INACTIVITÉ PHYSIQUE

Augmenter l'activité physique et réduire le temps sédentaire et les périodes d'inactivité physique favorisent une meilleure santé. Quoique cette distinction entre l'activité physique et la sédentarité puisse sembler académique, il s'agit de deux facteurs de risque indépendants de morbidité et de mortalité (Lavie et al., 2019). Il n'existe pas de seuil sous lequel l'activité physique n'a pas d'effet positif sur le bien-être et la santé, (Kino-Québec, 2020; Lavie et al., 2019).

Par contre, Lavie et ses collaborateurs démontrent qu'un comportement sédentaire produit des effets délétères sur la santé. Sont considérées comme comportements sédentaires des activités de très faible intensité (≤ 1.5 MET) réalisées en position assise, inclinée ou allongée (Lavie et al., 2019), par exemple : prendre un repas, regarder la télévision, travailler en position assise. Rappelons qu'un MET (*Metabolic Equivalent of Task*), traduit en français par *équivalent métabolique*, est une méthode qui permet de mesurer l'intensité d'une activité physique et la dépense énergétique. À des fins de référence, 1 MET correspond à la dépense énergétique au repos alors qu'une activité d'intensité modérée se situe entre 3 et 6 MET (Santé publique France, 2021a).

Il est également recommandé de réduire le temps passé en position assise et d'interrompre les périodes assises prolongées. En plus de leurs lignes directrices sur la pratique de l'activité physique, l'Australie et le Royaume-Uni ont émis des recommandations sur la sédentarité.

INFIRMIÈRE ET KINÉSIOLOGUE

Il importe d'encourager la pratique d'une variété d'activités physiques, quel que soit leur niveau d'intensité. Si celles d'intensité élevée améliorent davantage la capacité aérobie, celles d'intensité moyenne procurent aussi des bénéfices pour la santé (Kino-Québec, 2020).

L'important, c'est que la personne adhère à un programme d'activité physique qui la garde motivée. Pour celles ayant une bonne santé générale mais étant inactives, on les encouragera à débiter par des activités d'intensité légère à moyenne en alternance avec des exercices de renforcement musculaire. Progressivement, elles augmenteront l'intensité et la durée de leurs activités (Thornton et al., 2016).

Les infirmières peuvent jouer un grand rôle en promotion de la santé et en prévention des maladies. Grâce à leurs connaissances et compétences, elles sont à même d'évaluer l'état de santé d'une personne, de la renseigner sur la pratique de l'activité physique et de lui transmettre des recommandations adaptées à sa condition de santé. Elles sont ensuite en mesure d'exercer une surveillance et un suivi à la suite d'un changement de comportement (OIIQ, 2021).

Les infirmières sont encouragées à travailler en collaboration avec les kinésioles, lesquels exercent dans plusieurs domaines connexes à la pratique infirmière, par exemple la promotion, la prévention, l'enseignement, le conditionnement physique ainsi que la réadaptation cardio-vasculo-respiratoire et métabolique (Bergeron et al., 2014; Fédération des kinésioles du Québec, 2021). Il s'avère utile de consulter un kinésiole, qui veillera à ce que soit créé un programme qui présente une progression adéquate du type d'activité physique, de sa quantité et de son intensité.

DÉMARCHE CLINIQUE

La démarche clinique comporte quatre étapes. La première consiste à mesurer la pratique de l'activité physique de la personne; la deuxième, à évaluer son niveau de risque; la troisième, à sonder sa motivation et à soutenir son autonomie pour que le changement perdure dans le temps, et la quatrième, à lui enseigner les recommandations en activité physique adaptées à sa condition de santé en tenant compte des facteurs qui influencent sa motivation (Figure 2).

Étape 1 : Mesurer l'activité physique et la sédentarité

Les bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes atteintes de maladies chroniques ont été démontrés. Certains auteurs considèrent l'activité physique comme l'un des « signes vitaux » (Frémont, Fortier et Frankovich, 2014; Golightly et al., 2017). L'infirmière doit en tenir compte lors de l'évaluation clinique. En questionnant un patient sur sa pratique d'activité physique, elle obtient un aperçu de sa condition de santé globale. Après avoir pris connaissances des données obtenues par l'examen clinique, l'infirmière peut adapter ses interventions afin de motiver le patient à adhérer aux activités physiques ou à les poursuivre. Au besoin, elle pourrait également le diriger vers un autre professionnel de la santé.

La première étape de la démarche consiste à déterminer le niveau des activités physiques pratiquées par la personne et ses comportements sédentaires (Lobelo et al., 2018). L'acronyme FITT (Fréquence, Intensité, Type, Temps) résume les éléments à évaluer (Morvan, 2018). L'évaluation peut aussi distinguer les activités physiques de loisir de celles qui sont utilitaires, comme travailler ou faire des courses.

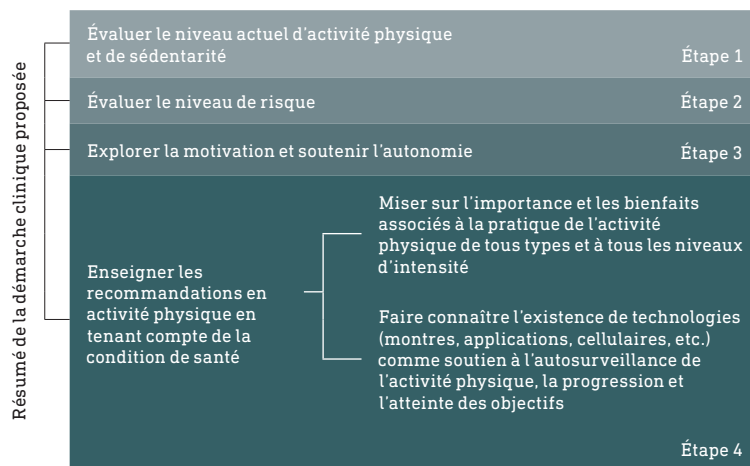
Il importe de connaître l'intensité de l'effort ressentie par la personne pendant la pratique d'une activité physique. Le nombre de minutes passées à une intensité moyenne à élevée sera noté. Certains outils d'évaluation tiennent compte de la fréquence cardiaque durant la pratique d'une activité. Notons que plusieurs questionnaires disponibles sur le Web peuvent servir à cette évaluation (Santé Publique France, 2021b) (Tableau 3).

L'infirmière évaluera également le temps sédentaire moyen par semaine et le notera au dossier. Pour évaluer le niveau de sédentarité, elle pourrait poser la question suivante : *Combien de temps en moyenne passez-vous quotidiennement en position assise ou couchée (excluant la nuit)?* La personne doit inclure le temps des repas, devant la télévision ou à l'ordinateur, au travail, lors de ses déplacements en voiture ou en autobus.

Étape 2 : Évaluer le niveau de risque

La deuxième étape de la démarche clinique est d'évaluer le niveau de risque que représente la pratique d'une activité physique pour une personne en tenant compte de plusieurs facteurs, dont son état de santé et son âge. Si à long terme, l'activité physique d'intensité moyenne à élevée réduit considérablement la mortalité prématurée et les problèmes de santé chroniques, elle peut, à court terme, provoquer des événements indésirables si elle

Figure 2
QUATRE ÉTAPES DE LA DÉMARCHE CLINIQUE



n'est pas adaptée à la condition de santé de la personne (Warburton et al., 2016). L'infirmière doit faire montre de prudence, même si, pour la très grande majorité des gens, la pratique d'une activité physique d'intensité légère à moyenne présente des bénéfices nettement supérieurs à l'inactivité physique ou à la sédentarité. Elle doit en effet identifier les situations où les recommandations habituelles pourraient comporter un risque; recourir à une ressource spécialisée peut s'avérer nécessaire dans ces cas. Rappelons que le plus souvent, l'activité physique ne sera pas proscrite. C'est plutôt le type d'activité physique et son intensité qui seront réévalués.

Tableau 3

UN QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE (FITT) ET DE LA SÉDENTARITÉ

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION	EXEMPLES DE QUESTIONS
Fréquence hebdomadaire	En moyenne, combien de jours par semaine pratiquez-vous de l'activité physique ?
Intensité	Selon vous, à quel niveau d'intensité pratiquez-vous ces activités ?
Type d'activité physique	Quelles sont les activités pratiquées ?
Temps	Combien de minutes, en moyenne, consacrez-vous à ces activités ?
Sédentarité	Combien de temps en moyenne passez-vous en position assise ou couchée (excluant la nuit) pendant une journée habituelle ?

Le *Questionnaire sur l'aptitude à l'activité physique* (Q-AAP) est auto-administré. Il s'agit d'un outil simple et validé pour déterminer le risque. Il s'adresse aux personnes de tous âges et est disponible entre autres sur le site Web de la Société canadienne de physiologie de l'exercice, intégré au questionnaire *Mener une vie plus active* (SCPE, 2017). Une réponse donnant lieu à un résultat positif pourrait nécessiter des examens plus approfondis avant d'autoriser une activité physique d'intensité moyenne à élevée.

Après avoir évalué le temps de sédentarité d'une personne, sa pratique de l'activité physique et le niveau de risque associé, l'infirmière peut maintenant l'informer des recommandations en activité physique compte tenu de son état de santé.

Étapes 3 et 4 : Soutenir la motivation et l'autonomie et enseigner les recommandations

La troisième étape consiste à explorer la motivation de la personne et à soutenir son autonomie. Plusieurs critères déterminent l'adhésion à un comportement de santé comme une pratique de l'activité physique (Kardas, Lewek et Matyjaszczy, 2013). Parmi ceux-ci, la motivation est capitale (Fenouillet, 2016).

L'infirmière peut influencer la motivation d'une personne en explorant les raisons qui l'incitent à commencer ou à augmenter sa pratique d'activités physiques. Selon une méta-analyse, le maintien d'un changement de comportement serait en grande partie déterminé par le type de motivation (Ng et al., 2012). Deci and Ryan (2000) identifient trois types de motivation :



FAITES PARTIE D'UNE ÉQUIPE GAGNANTE

NOUS EMBAUCHONS

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

CONDITIONS ET SALAIRE AVANTAGEUX

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

1. **L'amotivation**, soit l'absence de motivation, le manque de volonté d'agir. Par exemple, une personne affirme qu'elle ne pratique pas d'activité physique, car elle ne voit pas ce qu'elle pourrait lui apporter.
2. **La motivation extrinsèque**, soit effectuer un comportement pour satisfaire à une demande externe, obtenir une récompense ou éviter une punition. Par exemple, une personne fait de l'exercice physique parce que son infirmière praticienne spécialisée le lui a recommandé.
3. **La motivation intrinsèque**, soit effectuer un comportement pour le plaisir qu'il procure, la satisfaction personnelle, en accord avec ses valeurs. Par exemple, une personne serait motivée par son désir de prendre en main sa santé et de faire des activités avec sa famille pendant plusieurs années.

Parmi ces trois types de motivation, la motivation intrinsèque est celle qui soutient le mieux la continuité d'un changement de comportement dans le temps. En comparaison, la motivation extrinsèque initie le changement, sans pouvoir le maintenir.

Une personne doit intérioriser un nouveau comportement, c'est-à-dire être elle-même convaincue de son importance (Ng et al., 2012). En discutant avec la personne, l'infirmière identifie des facteurs motivationnels, soit les raisons pour lesquelles elle voudrait atteindre un état de santé et de bien-être optimal. Peut-être s'agit-il de vivre le plus longtemps possible « en santé », rester autonome « chez elle », faire des activités avec ses enfants ou encore être un modèle pour son entourage.

Pour faciliter le développement de la motivation intrinsèque, Ryan et al. (2008) suggèrent des interventions qui soutiennent l'autonomie et augmentent le sentiment de compétence (**Encadré 2**).

MISE EN SITUATION (SUITE)

M. Dubé pratique peu d'activités physiques. Présentement, atteindre hebdomadairement 150 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée est un objectif trop élevé, qui pourrait nuire à son engagement en ce sens. Se rendre au travail à vélo et profiter de son heure de dîner pour marcher sont ici des cibles mieux adaptées à sa condition. L'important, c'est que M. Dubé détermine lui-même les activités réalistes qu'il aimerait pratiquer, leur fréquence et leur durée.

L'infirmière doit l'encourager à faire « ses premiers pas » en lui rappelant que la pratique d'activité physique, même d'intensité légère, aura des bénéfices sur sa santé et qu'en y allant progressivement, il pourra en augmenter l'intensité et en retirer plus de gains.

Il est possible qu'au moment où M. Dubé commence sa pratique, il n'ait qu'une motivation extrinsèque, soit de faire plaisir à sa conjointe. Au fur et à mesure de sa progression, cette motivation pourrait devenir intrinsèque en raison de la satisfaction et du plaisir qu'il en retire.

Le CHSLD Saint-Lambert sur-le-Golf

Recrute

INFIRMIER(IÈRE)S

avec possibilité d'avancement



Une
entreprise
familiale
d'ici

Postulez dès maintenant

> **Aucun temps supplémentaire obligatoire (TSØ)**

- > Repas par quart de travail
- > Remboursement d'uniforme
- > Programmes de récompenses monétaires, 200 \$ à 1500 \$/ référence
- > 1^{er} partenariat public-privé (PPP) d'envergure désengorgeant le réseau de la santé
- > Prix Sociétés les mieux gérées au Canada 2021

450 672-3975

chsl_d_rh@residencessoleil.ca
555, ch. Tiffin, Saint-Lambert



Scannez et consultez
nos offres d'emploi



HUIT POINTS CLÉS POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT D'UNE MOTIVATION INTRINSÈQUE

1. Renseigner la personne sur les bienfaits que peut lui procurer la pratique d'activités physiques.
2. L'aider à identifier ses besoins et les raisons qui la motivent à amorcer ou à augmenter sa pratique d'activités physiques.
3. L'encourager à rechercher des activités physiques qui lui apportent du plaisir et qui sont importantes à ses yeux.
4. Soutenir les efforts de la personne dans ses démarches pour entreprendre un changement de comportement.
5. Valoriser ses réussites en soulignant sa constance ou sa progression.
6. Développer l'autonomisation de la personne.
7. Adapter ses interventions aux objectifs ciblés par la personne qui désire commencer l'activité physique ou en augmenter le niveau.
8. Utiliser des objectifs intermédiaires pour favoriser sa réussite.

Source : Ryan et al., 2008.

TECHNOLOGIES

Il est indéniable que les technologies influencent l'activité physique, de manière positive ou négative. Ainsi, l'utilisation prolongée d'un ordinateur et de jeux vidéo peuvent contribuer à la sédentarité. En contrepartie, les podomètres, les accéléromètres et les cardiofréquencemètres peuvent, quant à eux, promouvoir une vie plus active (Lavie et al., 2019). Le choix des moniteurs devrait se faire selon leur validité, à savoir que les résultats qu'ils affichent correspondent véritablement aux paramètres mesurés (Gao et Lee, 2019). L'infirmière peut conseiller des modèles selon le niveau d'habileté technologique de la personne. Ces outils doivent être suffisamment faciles à utiliser pour agir comme motivateurs.

Certains proposent des applications permettant de partager leurs données, agissant ainsi comme source de motivation dans un contexte social. Ainsi, la pratique d'activité physique avec des partenaires virtuels permet de briser l'isolement et d'augmenter la performance des personnes qui ne pourraient pas le faire autrement (Irwin, Feltz et Kerr, 2013). Par ailleurs, les technologies sont encore plus profitables lorsqu'elles sont combinées à une approche motivationnelle (Gao et Lee, 2019; Roy et al., 2021) ou à une intervention sociocognitive (Houle et al., 2012, 2020).

Les outils les plus utilisés sont le podomètre et l'accéléromètre. Les podomètres mesurent le nombre de pas, tandis que l'accéléromètre estime l'intensité d'une activité physique. Notons que la détection de la fréquence cardiaque améliore les estimations de la dépense énergétique.

L'objectif quotidien de 10 000 pas est souvent considéré comme un seuil à atteindre pour se maintenir en santé. Cependant, des études démontrent qu'un nombre de pas se situant entre 7 500 et 7 900 suffisent notamment à un meilleur contrôle de certains facteurs de risque cardiovasculaires (Lee et al., 2019; Roy et al., 2021).

EN CONCLUSION

La pratique régulière de l'activité physique est un élément clé de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Elle s'avère aussi un traitement efficace de plusieurs maladies chroniques. Évaluer la pratique de l'activité physique d'une personne devrait faire partie de l'évaluation clinique des infirmières. ●

MISE EN SITUATION (SUITE ET FIN)

Ce matin, vous rencontrez à nouveau M. Dubé. La MPAD a confirmé une HTA. M. Dubé veut maintenant améliorer sa situation de santé et se montre motivé à « faire de l'exercice ». Bien qu'il soit atteint du syndrome métabolique, son état est stable. Il n'a ni malaise ni complication associée. Vous évaluez qu'il ne présente pas de condition pouvant contre-indiquer l'activité physique. Vous lui enseignez les recommandations en tenant compte de sa pratique actuelle, que vous estimez en moyenne à un total hebdomadaire de 120 minutes d'intensité légère et à 20 minutes d'intensité moyenne. Vous explorez ensuite sa motivation. Il désire prendre sa santé en main pour s'engager dans des activités familiales. Vous le félicitez d'avoir identifié ses raisons et le soutenez dans son autonomie à choisir le type d'activité physique qu'il préfère. Considérant sa pratique actuelle, vous misez d'abord sur des activités physiques d'intensité légère, avant de passer à des activités physiques d'intensité moyenne. Finalement, vous lui proposez d'utiliser un podomètre pour monitorer le nombre de pas effectués au quotidien et évaluer sa progression d'ici un mois, ce qui l'encouragera à poursuivre son activité physique.

LES AUTEURS

PÉNÉLOPE GOUDREAU

Inf., M. Sc., étudiante IPSPL

Infirmière, elle poursuit ses études d'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et travaille au CLSC de la Haute-Ville en soins à domicile du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

FRANÇOIS TRUDEAU

Kin., Ph. D.

Kinésologue et professeur titulaire au département des sciences de l'activité physique de l'UQTR.

JULIE HOULE

Inf., Ph. D., CSIC (c)

Infirmière et professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'UQTR.

LYNE CLOUTIER

Inf., Ph. D.

Infirmière et professeure titulaire au département des sciences infirmières de l'UQTR.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, B., Cahalin, L., Buman, M. et Ross, R. (2015). «The current state of physical activity assessment tools». *Progress in Cardiovascular Diseases*, 57(4), 387-395. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.10.005>
- Ainsworth, B.E., Haskell, W.L., Herrmann, S.D., Meckes, N., Bassett Jr., D.R., ... Leon, A.S. (2011). «2011 Compendium of physical activities: A second update of codes and MET values». *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(8), 1575-1581. Repéré à <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31821ec12>
- Bergeron, G., Larivière, C., Sullivan, P. et Kabaro, L. (2014). «Énoncé de position – Le rôle du kinésiologue dans la promotion de l'activité physique et de l'exercice dans le système canadien des soins de santé». *Conseil canadien des administrateurs universitaires en éducation physique et kinésiologie*. Repéré à <https://www.ccupeka.org/wp-content/uploads/2016/05/position-statement-fr.pdf>
- Borg, G.A. (1982). «Psychophysical bases of perceived exertion». *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 14(5), 377-381.
- Cao, Z.-B., Oh, T., Miyatake, N., Tsuchita, K., Higuchi, M. et Tabata, I. (2014). «Steps per day required for meeting physical activity guidelines in Japanese adults». *Journal of Physical Activity and Health*, 11(7), 1367-1372. Repéré à <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0333> n'est pas cité in txt
- Crisford, P., Winzenberg, T., Venn, A., Schultz, M., Aitken, D. et Cleland, V. (2018). «Factors associated with physical activity promotion by allied and other non-medical health professionals: A systematic review». *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1775-1785. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.011>
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (2000). «The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior». *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268. Repéré à https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Fédération des kinésiologues du Québec (FKQ). (2021). «En savoir plus». Montréal, QC: FKQ. Repéré à <https://www.kinesiologue.com/fr/en-savoir-plus-1>
- Fenuillet, F. (2016). «Les théories de la motivation» (2^e éd.). Dunod. Repéré à <https://doi.org/10.3917/dunod.fenuillet.2016.01>
- Frémont, P. (2017). «La prescription d'exercice en présence de maladies chroniques». Repéré à https://fmf.cfc.ca/wp-content/uploads/2017/11/F545_La-prescription-d-exercice-pour-la-prevention-et-le-traitement-des-maladies-chroniques.pdf
- Frémont, P., Fortier, M. et Frankovich, R.J. (2014). «Exercise prescription and referral tool to facilitate brief advice to adults in primary care». *Canadian Family Physician*, 60(12), 1120-1122. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264809/>
- Gao, Z. et Lee, J.E. (2019). «Emerging technology in promoting physical activity and health: Challenges and opportunities». *Journal of Clinical Medicine*, 8(11), 1830. Repéré à <https://doi.org/10.3390/jcm8111830>
- Golightly, Y.M., Allen, K.D., Ambrose, K.R., Stiller, J.L., Evenson, K.R., ... Callahan, L.F. (2017). «Physical activity as a vital sign: A systematic review». *Preventing Chronic Disease*, 14. Repéré à <http://dx.doi.org/10.5888/pcd14.170030>
- Hébert, E.T., Caughey, M.O. et Shuval, K. (2012). «Primary care providers' perceptions of physical activity counselling in a clinical setting: A systematic review». *British Journal of Sports Medicine*, 46(9), 625-631. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bjsports-2011-090734>
- Houle, J., Doyon, O., Vadeboncoeur, N., Turbide, G., Diaz, A. et Poirier, P. (2012). «Effectiveness of a pedometer-based program using a socio-cognitive intervention on physical activity and quality of life in a setting of cardiac rehabilitation». *Canadian Journal of Cardiology*, 28(1), 27-32. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.09.020>
- Houle, J., Gallani, M.-C., Pettigrew, M., Laflamme, G., Mathieu, L., ... Cossette, S. (2020). «Acceptability of a computer-tailored and pedometer-based socio-cognitive intervention in a secondary coronary heart disease prevention program: A qualitative study». *Digital Health*, 6. Repéré à <https://doi.org/10.1177/2055207619899840>
- Irwin, B., Feltz, D. et Kerr, N. (2013). «Silence is golden: Effect of encouragement in motivating the weak link in an online exercise video game». *Journal of Medical Internet Research*, 15(6), e104. Repéré à <https://doi.org/10.2196/jmir.2551>
- Kardas, P., Lewek, P. et Motyjaszyk, M. (2013). «Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews». *Frontiers in Pharmacology*, 4(91). Repéré à <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>
- Kino-Québec. (2020). «Pour une population québécoise physiquement active: des recommandations». Québec: Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur – Direction du sport, du loisir et de l'activité physique. Repéré à http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/KINO_Population_physiquement_active.pdf
- Lavie, C., Ozemek, C., Carbone, S., Katzmarzyk, P.T. et Blair, S.N. (2019). «Sedentary behavior, exercise, and cardiovascular health». *Circulation Research*, 124(5), 799-815. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312669>
- Lobelo, F., Rohm Young, D., Sallis, R., Garber, M.D., Billinger, S.A., ... Joy, E.A. (2018). «Routine assessment and promotion of physical activity in healthcare settings: A scientific statement from the American Heart Association». *Circulation*, 137(18), e495-e522. Repéré à <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000559>
- Morvan, P. (2018). «Énergie Cardio – Les astuces F.I.T.T.» Repéré à <https://www.energiecardio.com/fr/magazine/les-astuces-fitt>
- Naci, H. et Ioannidis, J.P.A. (2015). «Comparative effectiveness of exercise and drug interventions on mortality outcomes: Metaepidemiological study». *British Journal of Sports Medicine*, 49(21), 1414-1422. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-f5577rep>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). «NICE guideline—Physical activity: Brief advice for adults in primary care». Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44>
- Ng, J.Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., ... Williams, G.C. (2012). «Self-Determination Theory applied to health contexts: A meta-analysis». *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière». Montréal, QC: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). «Lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique et la sédentarité: en un coup d'œil». Repéré à <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240014886>
- Richards, E.A. et Cai, Y. (2016). «Integrative review of nurse-delivered physical activity interventions in primary care». *Western Journal of Nursing Research*, 38(4), 484-507. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0193945915581861>
- Ross, R., Chaput, J.-P., Giangregorio, L.M., Janssen, I., Saunders, T.J., ... Tremblay, M.S. (2020). «Canadian 24-hour movement guidelines for adults aged 18-64 years and adults aged 65 years or older: An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep». *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 45(10), S57-S102. Repéré à <https://doi.org/10.1139/apnm-2020-0467>
- Roy, M., Trudeau, F., Diaz, A. et Houle, J. (2021). «7 500 pas quotidiens ou 15 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à intense: est-ce suffisant pour la prévention secondaire des cardiopathies ischémiques?». *Science & Sports*, 36(6), 441-449. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.scispo.2021.02.005>
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L. et Williams, G.C. (2008). «Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory». *European Health Psychologist*, 10(1), 2-5. Repéré à http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EHP.pdf
- Santé Publique France. (2021a). «Les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité». Manger Bouger – Programme national nutrition santé. Repéré à <https://www.mangerbouger.fr/pro/sante/activite-physique-20/definitions-types-d-activite-intensite-et-mesure/intensite-et-mesure-de-l-activite-physique.html>
- Santé Publique France. (2021b). «Test de niveau d'activité physique». Manger Bouger – Programme national nutrition santé. Repéré à <https://www.mangerbouger.fr/Bouger-plus/Vos-outils/Test-de-niveau-d-activite-physique>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice (SCPE). 2017. «Questionnaire Menez une vie plus active». Repéré à https://complexedlcm.ca/images/defi/Questionnaire_Menez_une_vie_plus_active_SCPE.pdf
- Statistique Canada. (2018). «Activité physique, auto-déclarée chez les adultes, selon le groupe d'âge». Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009613>

- Thornton, J.S., Frémont, P., Khan, K., Poirier, P., Fowles, J., ... Frankovich, R.J. (2016). «Physical activity prescription: A critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease—A position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine». *British Journal of Sports Medicine*, 50(18), 1109-1114. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096291>
- Warburton, D.E.R. et Bredin, S.S.D. (2017). «Health benefits of physical activity: A systematic review of current systematic reviews». *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541-556. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- Warburton, D.E.R., Katzmarzyk, P.T., Rhodes, R.E. et Shephard, R.J. (2007). «Lignes directrices éclairées par des données probantes sur l'activité physique à l'intention des Canadiens adultes». *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 32(S2F), S17-S74. Repéré à <https://doi.org/10.1139/h07-1689m19377540>
- Warburton, D.E.R., Taunton, J., Bredin, S.S.D. et Iserow, S.H. (2016). «The risk-benefit paradox of exercise». *BC Medical Journal*, 58(4), 210-218. Repéré à https://bcmj.org/sites/default/files/public/BCMj_Vol58_No4_risk-benefit_paradox.pdf

RÉFÉRENCES DE L'ARTICLE MYTHES ET RÉALITÉS (SUITE DE LA P. 36)

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). «Faire un signalement, c'est déjà protéger un enfant. Quand et comment signaler?». Québec: MSSS – Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- Myran, D.T., Cantor, N., Finkelstein, Y., Pugliese, M., Guttman, A., ... Tanuseputro, P. (2022). «Unintentional pediatric cannabis exposures after legalization of recreational cannabis in Canada». *JAMA Netw Open*, 5(1), e2142521.
- Petska, H.W., Sheets, L.K. et Knox, B.L. (2013). «Facial bruising as a precursor to abusive head trauma». *Clinical Pediatrics*, 52(1), 86-88.
- Petska, H.W. et Sheets, L.K. (2014). «Sentinel injuries: Subtle findings of physical abuse». *Pediatric Clinics of North America*, 61(5), 923-935.
- Rey-Salmon, C. et Adamsbaum, C. (éds). (2018). «Child Abuse». Cham, Suisse: Springer.
- Sheets, L.K., Leach, M.E., Koszewski, I.J., Lessmeier, A.M., Nugent, M. et Simpson, P. (2013). «Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse». *Pediatrics*, 131(4), 701-707.
- SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital. (2015). «Physical abuse in children emergency department management—Clinical practice guideline». Repéré à https://resources.ssmhealth.com/CGClinicalGuidelines/child_physical_abuse.pdf

SURPiED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED



Formation pour débutants en soins des pieds donnée par des infirmières

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 6 à 10 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.
- Cours conçus pour les infirmières et infirmiers
- Méthodes pédagogiques variées, techniques audiovisuelles, livres guides inclus
- Information et soutien pour démarrage d'entreprise

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISQP

Prochains cours :

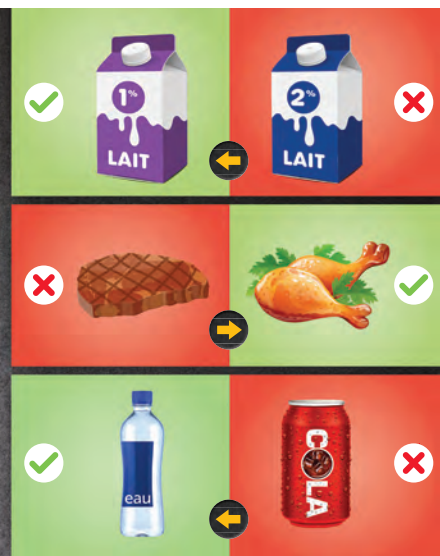
INTENSIF : 26 septembre 2022
ACCÉLÉRÉ : 6 septembre 2022
HEBDOMADAIRE : 8 septembre 2022

SURPiED.COM
514.990.8688
SANS FRAIS :
1.888.224.4197

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

Vous avez le diabète et votre alimentation laisse à désirer?

Votre cerveau est prêt à vous venir en aide.



Notre système neuromusculaire (cerveau, nerfs, muscles) est programmé de manière à nous aider à acquérir de nouvelles habitudes — y compris des habitudes alimentaires adaptées au diabète.



Au départ, il s'agit de choisir exactement quels changements vous estimez pouvoir effectuer et conserver.



Pour acquérir de nouvelles habitudes, il faut y aller par répétition. Et il peut être plus facile d'opérer des séries de petits changements que d'accomplir une grande transformation.



À mesure que les nouvelles habitudes deviennent automatiques, vous remarquerez peut-être qu'elles exigent moins d'effort et de volonté de votre part.



Certaines habitudes sont plus longues à acquérir, alors pensez-y avant de poursuivre ou d'essayer autre chose.

On estime qu'il faut compter une période médiane de 59 à 66 jours pour acquérir une nouvelle habitude.*

Bien manger peut vous aider à maîtriser votre glycémie et à gérer votre poids. Demandez à votre médecin comment obtenir un régime alimentaire personnalisé.

*Selon les résultats de deux études d'une durée de 12 semaines visant à évaluer la période médiane nécessaire pour qu'une habitude devienne un automatisme: 1) selon une étude, cette durée serait de 66 jours (amplitude: de 18 à 254 jours; 96 participants); 2) selon l'autre, elle serait de 59 jours (amplitude: de 4 à 335 jours; 192 participants).

Rendu possible grâce à l'une des principales compagnies pharmaceutiques axées sur la recherche au Canada.

CA21RYB00066F

MÉRICHE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



Besoin d'aide pour maîtriser votre glycémie?

GLP-1

Demandez à votre médecin de vous renseigner sur l'efficacité du GLP-1 et les options qui existent.



Offert en comprimés ou sous forme injectable



Questions à poser à votre médecin pour vous aider à maîtriser votre glycémie.

- Quels sont les autres médicaments que je peux prendre pour faire baisser mon taux d'A1c?
- De quelles manières les médicaments peuvent-ils influencer sur mon poids?
- Que sont les analogues du GLP-1 et comment aident-ils à réduire les taux d'A1c?
- Comment les différentes formes injectables et les comprimés d'analogues du GLP-1 se comparent-ils les uns aux autres?
- Que devrais-je envisager d'autre pour réduire mon taux d'A1c ou améliorer ma santé en général?

Simulation par la réalité virtuelle

Depuis le milieu des années 90, la réalité virtuelle (RV) occupe de plus en plus de place dans notre environnement et son usage comme outil pédagogique en sciences infirmières se répand depuis une quinzaine d'années. Il est alors intéressant de comprendre d'une part comment la simulation par la RV peut être utile à former le personnel infirmier, et de l'autre, comment elle peut s'implanter.

par **DANIEL MILHOMME, inf., Ph. D., FRÉDÉRIC BANVILLE, psy., Ph. D., et ANDRÉE-ANNE PARENT, kin., Ph. D.**

La simulation en santé est une méthode pédagogique qui consiste à recréer une situation clinique afin que des apprenants puissent vivre cette représentation pour apprendre, évaluer et pratiquer (Lioce et al., 2020).

Dans le cadre d'une revue systématique de la littérature liée à l'utilisation de simulations en sciences de santé, Harder (2010) a conclu que la simulation fournit un savoir expérientiel qui promeut la pensée critique et la participation active des professionnels de la santé. En effet, la simulation présente des avantages importants. Par exemple, Sears, Goldsworthy et Goodman (2010) démontrent que les infirmières soumises à des activités de simulation font moins d'erreurs liées à l'administration de la médication. Chitongo et Suthers (2019) observent que les ateliers de simulation semblent augmenter le sentiment de confiance de l'apprenant lorsqu'il a à prendre une décision, notamment dans des situations à risque. Quant à Fowler Durham et Alden (2008), ils relèvent que la simulation permet aux étudiants de mieux performer même en situation d'urgence, et ce, en toute sécurité pour les patients, ce qui en soi s'avère un avantage important dans des milieux caractérisés par une instabilité de la condition des patients ou un risque d'instabilité (Milhomme, Gagnon et Lechasseur, 2018).

Bien que la simulation offre de nombreux avantages, elle rencontre aussi des barrières à son utilisation, notamment les coûts élevés liés au matériel ainsi qu'à l'embauche du personnel spécialisé (Hanberg et al., 2007; Iglesias-Vázquez et al., 2007; McIntosh et al., 2006; Nagle et al., 2009; Verkuyl et al., 2017). De plus, depuis deux ans, les mesures de prévention de la COVID-19, dont la distanciation sociale, rendent difficile l'organisation de séances de simulation conventionnelle dans les milieux cliniques et universitaires. Or, l'évolution technologique des dernières décennies a permis d'autres méthodes pédagogiques de voir le jour. Parmi elles, la simulation à l'aide de la RV se révèle une méthode pédagogique pratique aux

bénéfices considérables pour développer les compétences des professionnels de la santé, et ce, tout en respectant la distanciation physique.

Le *Rapport de mission État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé* (Granry et Moll, 2012) mentionne que les environnements interactifs sont très utiles pour l'apprentissage en ligne et le téléapprentissage. Chang et Weiner (2016) ajoutent que

Encadré 1

PRINCIPAUX BÉNÉFICES OBSERVÉS DANS LA LITTÉRATURE EN LIEN AVEC L'UTILISATION DE LA RV



Amélioration des connaissances et de la performance



Scénarios standardisés et réponses aux besoins spécifiques de l'apprenant



Apprentissages réalisés dans un environnement sécuritaire



Environnement plaisant, motivant et engageant



Méthode pédagogique flexible

Figure 1
APPRENANT EN IMMERSION DANS UN ENVIRONNEMENT VIRTUEL DESTINÉ AUX SOINS INFIRMIERS EN
CONTEXTE DE SOINS CRITIQUES



la simulation à l'aide de la RV est très utile lorsque l'accès à des mannequins haute-fidélité est difficile. La RV a le potentiel de faire vivre une expérience réaliste, et ce, à des coûts acceptables (Pottle, 2019). C'est fort probablement en raison de ses nombreux avantages que cette avenue pédagogique est de plus en plus prise en compte (Encadré 1).

La RV permet de simuler numériquement un environnement interactif à partir d'un ordinateur. Bien qu'elle puisse présenter des environnements en deux ou en trois dimensions, par exemple dans des vidéos interactives et des applications de bureau ou mobiles, elle atteint son plein potentiel lorsqu'elle est *immersive*.

RV IMMERSIVE

La RV immersive plonge l'utilisateur dans un univers tridimensionnel (Clarke, 2019; Pottle, 2019) où les interactions sont multimodales et multisensorielles, et où les rétroactions sont immédiates. Elle a donc la capacité de reproduire un environnement clinique qui se rapproche de la réalité et dans lequel un utilisateur peut acquérir des apprentissages et parfaire ses compétences cliniques (Figure 1).

Cybermalaises

La RV immersive pose cependant des défis, dont les cybermalaises. Reconnus depuis longtemps, les cybermalaises sont liés à l'usage d'équipement immersif (Bouchard et al., 2017). Ils proviennent d'un conflit sensoriel temporaire, les yeux percevant un mouvement qui peut être décalé de quelques millisecondes de ce que perçoit le système vestibulaire, alors que le reste du corps ne se déplace presque pas (Stanney et al., 2002).

Pour Lawson et al. (2002), les cybermalaises rappellent le syndrome de Sopot, un désordre neurologique provoqué par un malaise des transports. Ses symptômes se manifestent par de la fatigue, de la somnolence et des changements d'humeur lors de périodes prolongées de mouvement.

Les cybermalaises sont associés aux interfaces personne-machine. Ils peuvent interférer avec les performances de personnes qui sont en immersion dans un environnement virtuel. Plus spécifiquement, les cybermalaises peuvent être un facteur affectant à la fois l'écologie, soit la représentativité des situations de soins réelles et la performance de la personne lorsqu'elle effectue une tâche cognitive.

Conséquemment, la conception d'un environnement virtuel immersif doit être réfléchi de façon à réduire les cybermalaises. Elle doit également s'intéresser à développer un sentiment de présence chez l'utilisateur tout en lui assurant une expérience agréable. Le sentiment de présence signifie que le sujet immergé se sent inclus dans son environnement; il a la sensation de s'y trouver réellement.

Les cybermalaises, le sentiment de présence et la nature de l'expérience auront un effet sur la charge mentale d'une personne qui réalise de nouveaux apprentissages dans un environnement virtuel où elle est immergée. Pour certaines, ces éléments peuvent les arrêter d'utiliser cette technologie; il importe donc

que les développeurs et les chercheurs tiennent compte de ces éléments. Évidemment, les coûts associés au développement et à la recherche en RV immersive sont souvent étroitement liés à la qualité des environnements produits.

CONNAISSANCES ET GESTES TECHNIQUES

L'utilisation de la RV en sciences de la santé est relativement récente et en est encore à ses débuts en formation infirmière (Jeong et Lee, 2019). C'est probablement la raison pour laquelle les résultats des études traitant des bénéfices de la pédagogie en mode virtuel, spécifiquement en RV immersive, sur les performances et les connaissances des infirmières sont si peu nombreux.

Néanmoins, des études en médecine (Kundhal et Grantcharov, 2009; Verdaasdonk et al., 2008; Zhang et al., 2008) et en sciences infirmières (Jenson et Forsyth, 2012; Tsai, S.-L. et al., 2008; Tsai, W.-W. et al., 2008) ont quand même montré que la RV améliore les connaissances et les performances des utilisateurs, notamment leurs habiletés techniques.

D'ailleurs, l'étude de Burden et al., (2013), qui avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'une simulation en RV pour apprendre à de jeunes médecins l'interprétation d'échographies obstétricales, a conclu qu'après cinq répétitions, la lecture des échographies par les débutants se rapprochait de celle des experts en termes de rapidité et de précision diagnostiques.

Des conclusions similaires ont été observées par Verdaasdonk et al., (2008) chez des étudiants en médecine effectuant des procédures laparoscopiques. Ainsi, ceux ayant été entraînés à l'aide de la RV ont démontré une plus grande vitesse d'exécution et ont commis moins d'erreurs que ceux qui ne l'avaient pas été.

Chang et Weiner (2016) font aussi valoir que la RV donne aux utilisateurs un contrôle sur leur besoin de formation en leur permettant de répéter des actions et de cheminer à leur rythme. Autre avantage démontré par une méta-analyse : l'entraînement à des gestes techniques à l'aide de la RV requiert moins de temps de formation (Haque et Srinivasan, 2006).

FORMATION STANDARDISÉE ET SÉCURITAIRE

La RV permet de répondre à des besoins spécifiques de formation. Son potentiel de standardisation des scénarios cliniques dans un environnement sécuritaire est probablement l'un de ses plus grands avantages, principalement dans un contexte d'évaluation des acquis (Williams, Jones et Walker, 2018). En effet, tous les scénarios devraient être objectifs et standardisés, en plus de s'appuyer sur de récentes lignes directrices afin que l'apprenant reçoive une information de qualité avant d'être en contact avec des patients réels (Pottle, 2019).

Dans le cadre d'une étude en sciences infirmières, les participants ayant utilisé une technologie dite « non immersive » ont mentionné clairement que la RV rehaussait leur expérience clinique et les préparait mieux à leurs examens (Verkuy, Romaniuk et Mastrilli 2018). De plus, les scénarios étant standardisés et les réactions des utilisateurs, monitorées grâce à l'ordinateur, la

RV permet de décortiquer le comportement de l'apprenant dans un environnement donné. Ce faisant, la RV facilite également le débriefing et l'auto-analyse des stratégies cliniques utilisées, y compris les bons coups et les erreurs des participants.

Par ailleurs, plusieurs dispositifs peuvent s'ajouter à un système de RV, par exemple des capteurs de fréquence cardiaque, des caméras ou des capteurs de mouvements oculaires. Ces instruments permettront alors de mieux comprendre le comportement de l'apprenant pendant le déroulement du scénario clinique (Chang et Weiner, 2016).

La RV a l'avantage d'exposer l'apprenant à des situations cliniques complexes sur des patients virtuels (Pottle, 2019; Verkuyl et al., 2016, 2017, 2018; Williams et al., 2018). Lors de son parcours pédagogique, l'utilisateur peut commettre des erreurs, apprendre de celles-ci et revoir les décisions qui l'ont amené à réaliser ses actions. L'apprentissage se fait sans mettre de patient à risque (Bai et al., 2012; Butt, Kardong-Edgren et Ellertson, 2018; Chitongo et Suthers, 2019) – de là un intérêt pour que cette technologie serve autant à la formation initiale des professionnels de la santé qu'à la mise à jour de leurs compétences.

MOTIVATION ET ENGAGEMENT

Selon Pottle (2019), l'aspect sécuritaire de la méthode d'apprentissage par simulation virtuelle et la motivation apportée par son côté ludique, qui amène ses utilisateurs à s'engager et à apprendre, permettent certainement la consolidation et l'accroissement des compétences cliniques.

Plus spécifiquement, une revue de littérature réalisée par Foronda, Liu et Bauman (2013) a montré que la simulation favorise l'auto-efficacité, les connaissances, les habiletés, la satisfaction et les apprentissages interdisciplinaires. La simulation pouvant être perçue comme un jeu, elle rend l'apprentissage amusant et motivant, ce qui peut accroître la rétention des connaissances (Farra et al., 2013), faciliter la résolution de problèmes et améliorer la pensée critique (Cooper et al., 2012). En ce sens, la satisfaction, la motivation et l'engagement associés à la simulation et à la RV ont été répertoriés, et ce, dans différentes études (Anderson, Page et Wendorf, 2013; Giddens, Fogg et Carlson-Sabelli, 2010; Johannesson et al., 2010; Kidd, Knisley et Morgan, 2012). Dans le cadre de leur recherche auprès d'étudiants en sciences infirmières, Shuster, Giddens et Roehrig, (2011)

ont même avancé que les participants ont établi une connexion émotionnelle avec les personnages de l'environnement virtuel dans lequel ils ont évolué.

La RV permet de donner des rétroactions au fur et à mesure que se déploie la simulation (Brown et al., 2012; Jenson et Forsyth, 2012). Elle s'avère utile pour pratiquer de nouvelles techniques de soins (Granic, Lobel et Engels, 2014; Verkuyl et al., 2018).

Les résultats de Verkuyl et al. (2018) sur l'utilisation de la RV en santé mentale montrent clairement que les participants ont trouvé leur expérience réaliste et engageante et que cette méthode se démarque grandement des études de cas dites conventionnelles. D'ailleurs, plusieurs auteurs confirment la préférence des apprenants pour des expériences simulées, comparativement aux méthodes d'enseignement traditionnelles tels des exposés magistraux et des exercices en classe (Fountain et Alfred, 2009; Verkuyl et al., 2018). Pour Bai et ses collaborateurs, la technologie peut, à titre complémentaire, servir à exposer les étudiants à différentes situations difficiles rencontrées en milieu clinique. D'ailleurs, leurs résultats montrent que la simulation en RV utilisée pour favoriser la résolution de problèmes et le raisonnement critique chez les étudiants est excitante, prometteuse et flexible (Bai et al., 2012).

FLEXIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ

La RV permet aux apprenants de répéter à leur guise les scénarios offerts (Chang et Weiner, 2016; Jeong et Lee, 2019; Pottle, 2019; Verkuyl et al., 2017), en plus de faciliter la formation à distance et d'éliminer les frontières géographiques que la simulation conventionnelle impose (Verkuyl et al., 2017).

Une revue de la portée sur le raisonnement diagnostique et la simulation par la RV, réalisée par Duff, Miller et Bruce (2016), montre que la simulation par la RV présente des avantages très intéressants comme la satisfaction et l'engagement, tout en étant accessible et sécuritaire.

Avec l'augmentation des contraintes budgétaires, la standardisation des procédures et des équipements de même que l'importance de former les professionnels de la santé en région, la RV se révèle à l'heure actuelle comme une option pédagogique pouvant offrir des simulations indépendamment de la situation géographique et à des coûts abordables (Pottle, 2019; Verkuyl et al., 2017).

RECRUTEMENTCISSME.COM





UNE CARRIÈRE PRÈS DE CHEZ TOI

c'est ici.

DISCUTE AVEC UN
RECRUTEUR DÈS
MAINTENANT




[Facebook.com/cissme](https://www.facebook.com/cissme)

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




Encadré 2

UNITÉ VIRTUELLE DE SOINS (UVS)

Plateforme multidisciplinaire, l'UVS a comme objectif de pouvoir former les infirmières et d'autres professionnels de la santé dans le domaine des soins critiques, de l'obstétrique, de la gériatrie et de l'oncologie dans un avenir rapproché (Figure 3).

Figure 3

UNITÉ VIRTUELLE DE SOINS (UVS)

Développée en partenariat avec le Réseau de l'Université du Québec, l'UVS contribuera au développement des compétences des professionnels de la santé, notamment en regard du processus de surveillance clinique et de la collaboration interprofessionnelle.



FORMATION INFIRMIÈRE

Plusieurs disciplines en sciences de la santé utilisent déjà la RV pour former leurs professionnels. À l'instar de ces disciplines, les sciences infirmières leur ont emboîté le pas au cours des quinze dernières années quant à l'usage de la RV à des fins de formation infirmière (Bracq et al., 2019; Butt et al., 2018; Chitongo et Suthers, 2019; Jean dit Gautier et al., 2016; Smith et Hamilton, 2015; Tsai, S.-L. et al., 2008; Tsai, W.-W. et al., 2008; Verkuy et al., 2016, 2017, 2018; Weideman et Culleton, 2014).

C'est dans cette perspective que les auteurs du présent article ont créé l'Unité virtuelle de soins (UVS) (Milhomme et al., 2020), un environnement virtuel et immersif d'apprentissage à l'intention des professionnels de la santé (Encadré 2).

EN CONCLUSION

Les programmes de formation axés sur le développement des compétences et l'évolution technologique des dernières décennies ont amené les enseignants à revoir et à adapter leurs méthodes pédagogiques. Les mesures de distanciation sociale ont, à leur manière, contribué à cette révision.

La RV, notamment lorsqu'elle est immersive, permet aux utilisateurs d'être plongés dans l'action à l'aide de patients virtuels, tout en réduisant les ressources nécessaires. Elle contribue au développement de savoir-agir difficiles à recréer en salle de classe. Comme démontré dans les écrits, l'usage de la RV dans la formation des professionnels de la santé comporte de nombreux avantages, mais également des précautions à prendre par les développeurs. Déjà largement utilisée dans plusieurs disciplines, la RV fait progressivement son entrée en sciences infirmières. Les travaux de plusieurs chercheurs, dont ceux du Réseau des universités du Québec, y contribuent grandement. Puisque la RV fournit aux apprenants un environnement sécuritaire et flexible qui suscite chez eux de la motivation et de l'engagement, sa présence dans les programmes de formation et d'intégration des infirmières dans les unités de soins ne peut être qu'imminente. ●

LES AUTEURS

DANIEL MILHOMME

Inf., Ph. D.

Il est infirmier et professeur en soins critiques au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Lévis et chercheur régulier au Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches. Il est titulaire d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université Laval.

Courriel : daniel_milhomme@uqar.ca.

FRÉDÉRIC BANVILLE

Psy., Ph. D.

Il est psychologue et professeur au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Rimouski. Il est titulaire d'un doctorat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Courriel : frederic_banville@uqar.ca.

ANDRÉE-ANNE PARENT

Kin., Ph. D.

Elle est kinésologue et professeure au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Rimouski. Elle est titulaire d'un doctorat en biologie de l'Université du Québec à Montréal.

Courriel : andree-anne.parent@uqar.ca.

RÉFÉRENCES

- Anderson, J.K., Page, A.M. et Wendorf, D.M. (2013). «Avatar-assisted case studies». *Nurse Educator*, 38(3), 106-109.
- Bai, X., Duncan, R.O., Horowitz, B.P., Graffeo, J.M., Glodstein, S.L. et Lavin, J. (2012). «The added value of 3D simulations in healthcare education». *International Journal of Nursing Education*, 4(2), 67-72.
- Bouchard, S., Robillard, G., Giroux, I., Jacques, C., Loranger, C., ... Goulet, A. (2017). «Using virtual reality in the treatment of gambling disorder: The development of a new tool for cognitive behavior therapy». *Frontiers in Psychiatry*, 8, 27.
- Bracq, M.-S., Michinov, E., Arnaldi, B., Caillaud, B., Gibaud, B., ... Jannin, P. (2019). «Learning procedural skills with a virtual reality simulator: An acceptability study». *Nurse Education Today*, 79, 153-160.
- Brown, R., Rasmussen, R., Baldwin, I. et Wyeth, P. (2012). «Design and implementation of a virtual world training simulation of ICU first hour handover processes». *Australian Critical Care*, 25(3), 178-187.
- Burden, C., Preshaw, J., White, P., Draycott, T.J., Grant, S. et Fox, R. (2013). «Usability of virtual-reality simulation training in obstetric ultrasonography: A prospective cohort study». *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 42(2), 213-217. Repéré à <https://doi.org/10.1002/uog.12394>
- Butt, A.L., Kardong-Edgren, S. et Ellertson, A. (2018). «Using game-based virtual reality with haptics for skill acquisition». *Clinical Simulation in Nursing*, 16, 25-32.
- Chang, T.P. et Weiner, D. (2016). «Screen-based simulation and virtual reality for pediatric emergency medicine». *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 17(3), 224-230.
- Chitongo, S. et Suthers, F. (2019). «Use of technology in simulation training in midwifery». *British Journal of Midwifery*, 27(2), 85-89.
- Clarke, P.N. (2019). «Envisioning a virtual future for nursing». *Nursing Science Quarterly*, 32(1), 33-34.
- Cooper, S., Beauchamp, A., Bogossian, F., Bucknall, T., Cant, R., ... Kinsman, L. (2012). «Managing patient deterioration: A protocol for enhancing undergraduate nursing students' competence through web-based simulation and feedback techniques». *BMC Nursing*, 11(1), 18.
- Duff, E., Miller, L. et Bruce, J. (2016). «Online virtual simulation and diagnostic reasoning: A scoping review». *Clinical Simulation in Nursing*, 12(9), 377-384.
- Farra, S., Miller, E., Timm, N. et Schafer, J. (2013). «Improved training for disasters using 3-D virtual reality simulation». *Western Journal of Nursing Research*, 35(5), 655-671.
- Foronda, C., Liu, S. et Bauman, E.B. (2013). «Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: An integrative review». *Clinical Simulation in Nursing*, 9(10), e409-e416.
- Fountain, R.A. et Alfred, D. (2009). «Student satisfaction with high-fidelity simulation: Does it correlate with learning styles?». *Nursing Education Perspectives*, 30(2), 96-98.
- Fowler Durham, C. et Alden, K. (2008). «Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation». Dans R. Hughes (éd.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (vol. 3). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Giddens, J., Fogg, L. et Carlson-Sabelli, L. (2010). «Learning and engagement with a virtual community by undergraduate nursing students». *Nursing Outlook*, 58(5), 261-267.
- Granic, I., Lobel, A. et Engels, R.C. (2014). «The benefits of playing video games». *American Psychologist*, 69(1), 66.
- Granny, J. et Moll, M. (2012). «Rapport de mission – État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé». Haute autorité de santé. Repéré à www.has-sante.fr

Hanberg, A., Brown, S.C., Hoadley, T., Smith, S. et Courtney, B. (2007). «Finding funding: The nurses' guide to simulation success». *Clinical Simulation in Nursing*, 3(1), e5-e9.

Haque, S. et Srinivasan, S. (2006). «A meta-analysis of the training effectiveness of virtual reality surgical simulators». *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedicine*, 10(1), 51-58.

Harder, B.N. (2010). «Use of simulation in teaching and learning in health sciences: A systematic review». *Journal of Nursing Education*, 49(1), 23-28.

Iglesias-Vázquez, J.A., Rodríguez-Núñez, A., Penas-Penas, L., Sánchez-Santos, L., Cegarra-García, M. et Barreiro-Díaz, M. V. (2007). «Cost-efficiency assessment of Advanced Life Support (ALS) courses based on the comparison of advanced simulators with conventional manikins». *BMC Emergency Medicine*, 7(1), 18.

Jean dit Gautier, E., Bot-Robin, V., Libessart, A., Doucède, G., Cosson, M. et Rubod, C. (2016). «Design of a serious game for handling obstetrical emergencies». *JMIR Serious Games*, 4(2), e21-e21. Repéré à <https://doi.org/10.2196/games.5526>

Jenson, C.E. et Forsyth, D.M. (2012). «Virtual reality simulation: Using three-dimensional technology to teach nursing students». *Computers, Informatics, Nursing*, 30(6), 312-318.

Jeong, S.Y.-S. et Lee, K.-O. (2019). «The emergence of virtual reality simulation and its implications for nursing profession». *Korean Journal of Women Health Nursing*, 25(2), 125-128.

Johannesson, E., Olsson, M., Petersson, G. et Silén, C. (2010). «Learning features in computer simulation skills training». *Nurse Education in Practice*, 10(5), 268-273.

Kidd, L.I., Knisley, S.J. et Morgan, K.I. (2012). «Effectiveness of a Second Life® simulation as a teaching strategy for undergraduate mental health nursing students». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(7), 28-37.

Kundhal, P.S. et Grantcharov, T.P. (2009). «Psychomotor performance measured in a virtual environment correlates with technical skills in the operating room». *Surgical Endoscopy*, 23(3), 645.

Lioce, L., Downing D., Chang T.P., Robertson J.M., Anderson M., Diaz D.A. et Spain A.E. (2020). «Healthcare simulation dictionary—Second edition». Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Repéré à <https://www.ssi.org/Dictionary>

Lawson, B.D., Graeber, D.A., Mead, A.M. et Muth, E.R. (2002). «Signs and symptoms of human syndromes associated with synthetic experiences». Dans K.M. Stanney (éd.), *Handbook of virtual environments: Design, implementation, and applications*, 589-618. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

McIntosh, C., Macario, A., Flanagan, B. et Gaba, D.M. (2006). «Simulation: What does it really cost?». *Simulation in Healthcare*, 1(2), 109.

Milhomme, D., Gagnon, J. et Lechasseur, K. (2018). «The clinical surveillance process as carried out by expert nurses in a critical care context: A theoretical explanation». *Intensive and Critical Care Nursing*, 44, 24-30.

Nagle, B.M., McHale, J.M., Alexander, G.A. et French, B.M. (2009). «Incorporating scenario-based simulation into a hospital nursing education program». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(1), 18-25.

Pottle, J. (2019). «Virtual reality and the transformation of medical education». *Future Healthcare Journal*, 6(3), 181.

Sears, K., Goldsworthy, S. et Goodman, W.M. (2010). «The relationship between simulation in nursing education and medication safety». *Journal of Nursing Education*, 49(1), 52-55.

Shuster, G., Giddens, J.F. et Roehrig, N. (2011). «Emotional connection and integration: Dominant

themes among undergraduate nursing students using a virtual community». *Journal of Nursing Education*, 50(4), 222-225.

Smith, P.C. et Hamilton, B.K. (2015). «The effects of virtual reality simulation as a teaching strategy for skills preparation in nursing students». *Clinical Simulation in Nursing*, 11(1), 52-58.

Stanney, K.M., Kingdon, K.S., Graeber, D. et Kennedy, R.S. (2002). «Human performance in immersive virtual environments: Effects of exposure duration, user control, and scene complexity». *Human Performance*, 15(4), 339-366.

Tsai, S.-L., Chai, S.-K., Hsieh, L.-F., Lin, S., Taur, F.-M., ... Doong, J.-L. (2008). «The use of virtual reality computer simulation in learning Port-A cath injection». *Advances in Health Sciences Education*, 13(1), 71-87.

Tsai, W.-W., Fung, C.-P., Tsai, S.-L., Jeng, M.-C. et Doong, J.-L. (2008). «The assessment of stability and reliability of a virtual reality-based intravenous injection simulator». *Computers, Informatics, Nursing*, 26(4), 221-226.

Verdaasdonk, E.G., Dankelman, J., Lange, J.F. et Stassen, L.P. (2008). «Transfer validity of laparoscopic knot-tying training on a VR simulator to a realistic environment: A randomized controlled trial». *Surgical Endoscopy*, 22(7), 1636-1642.

Verkuy, M., Attack, L., Mastrilli, P. et Romaniuk, D. (2016). «Virtual gaming to develop students' pediatric nursing skills: A usability test». *Nurse Education Today*, 46, 81-85.

Verkuy, M., Romaniuk, D., Attack, L. et Mastrilli, P. (2017). «Virtual gaming simulation for nursing education: An experiment». *Clinical Simulation in Nursing*, 13(5), 238-244.

Verkuy, M., Romaniuk, D. et Mastrilli, P. (2018). «Virtual gaming simulation of a mental health assessment: A usability study». *Nurse Education in Practice*, 31, 83-87.

Weideman, Y.L. et Culleiton, A.L. (2014). «Innovation center a virtual pregnancy for pre-licensure nursing students: Nine months up and close». *Nursing Education Perspectives*, 35(6), 410-413.

Williams, J., Jones, D. et Walker, R. (2018). «Consideration of using virtual reality for teaching neonatal resuscitation to midwifery students». *Nurse Education in Practice*, 31, 126-129.

Zhang, A., Hünerbein, M., Dai, Y., Schlag, P.M. et Beller, S. (2008). «Construct validity testing of a laparoscopic surgery simulator (Lap Mentor®)». *Surgical Endoscopy*, 22(6), 1440-1444.

AVANTAGES IRIS



OFFRES EXCLUSIVES AUX MEMBRES DE L'OIIQ

Économisez 150 \$ sur des lunettes de prescription et plus encore. Inscrivez-vous sur iris.ca/avantages et utilisez votre **code d'accès : OIIQ**.

DES QUESTIONS?

Contactez avantages@iris.ca





LE CHANGEMENT COMMENCE ICI

CODEBLEU.CA 1-877-343-BLEU

Postulez dès maintenant

Rejoignez-vous au leader
en placement
de personnel de la santé
depuis 1999

Et si vous rejoigniez une équipe qui façonne la santé de demain?
Code Bleu Placement en santé, c'est plusieurs carrières brillantes
qui ont pris leur envol! Réinventer la qualité de vie que vous méritez.

CODE 
 **BLEU**
P L A C E M E N T E N S A N T É

Numéro de permis : AP-2000016

22 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2022

Une date à inscrire à votre agenda

Le prochain Congrès annuel de l'OIIQ se tiendra
le **22 novembre 2022** dans une formule renouvelée.

Pour obtenir tous les détails de l'événement dès leur parution,
laissez-nous vos coordonnées sur **oiiq.org/congres-2022**.

Notez qu'aucun appel de communications ne sera fait pour la prochaine édition du Congrès.



À LAVAL, ON CHERCHE DU **PERSONNEL**

CEPI, Infirmiers(ères), Infirmiers(ères) cliniciens(nes)

Une multitude de secteurs et de regroupements de clientèle
s'offrent à vous.

Venez développer vos compétences et votre expertise dans
différents départements spécialisés.

Possibilité d'avancement au sein des équipes.

La poursuite des études est encouragée.

Pour déposer votre candidature :
lavalensante.com/carrieres



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec



À PROPOS DE **La maltraitance envers les enfants**

par **CLAUDIA HÉBERT BEAUDOIN, inf.**
Monitrice clinique de l'urgence du
CHUL, CHU de Québec UL

La pandémie a entraîné des répercussions majeures sur la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), notamment la baisse du nombre et le changement de type et de provenance des signalements. Le confinement a eu comme conséquence de dissimuler certains cas qui, normalement, auraient pu être dénoncés (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, 2021).

Les infirmières pratiquant à l'urgence sont aux premières loges pour voir et recevoir les enfants victimes de maltraitance et de négligence. Il apparaît donc impératif qu'elles agissent en amont du processus patient et qu'elles connaissent leurs devoirs et obligations, tant déontologiques que légaux.

QUESTIONS EN PAGE 17

RÉFÉRENCES

- Altman, R.L., Canter, J., Patrick, P.A., Daley, N., Butt, N.K. et Brand, D.A. (2011). «Parent education by maternity nurses and prevention of abusive head trauma». *Pediatrics*, 128(5), e1164-e1172.
- Barrett, R., Ornstein, A. et Hanes, L. (2016). «Minor injuries... major implications: Watching out for sentinel injuries». *Pediatrics & Child Health*, 21(1), 29-30.
- Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2021. (2021). «Les enfants, notre priorité!». Repéré à <https://ciussmq.ca/telechargement/1359/bilan-dpj-2021-provincial>
- Christian, C.W. et Committee on Child Abuse and Neglect. (2015). «The evaluation of suspected child physical abuse». *Pediatrics*, 135(5), e1337-e1354.
- DeGraw, M., Hicks, R.A., Lindberg, D. et Using Liver Transaminases to Recognize Abuse (ULTRA) Study Investigators. (2010). «Incidence of fractures among children with burns with concern regarding abuse». *Pediatrics*, 125(2), e295-e299.
- Harper, N.S., Feldman, K.W., Sugar, N.F., Anders, J. et Lindberg, D.M. (2014). «Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises». *Journal of Pediatrics*, 165(2), 383-388.
- Joyce, T., Gossman, W. et Huecker, M.R. (2022). «Pediatric abusive head trauma». Bethesda, MD: National Center for Biotechnology Information. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499836/>
- Labbé, J. et Caouette, G. (2001). «Recent skin injuries in normal children». *Pediatrics*, 108(2), 271-276.
- Letson, M.M., Cooper, J.N., Deans, K.J., Scribano, P.V., Makoroff, K.L., ... Berger, R.P. (2016). «Prior opportunities to identify abuse in children with abusive head trauma». *Child Abuse & Neglect*, 60, 36-45.
- Maguire, S., Mann, M.K., Sibert, J. et Kemp, A. (2005). «Can you age bruises accurately in children? A systematic review». *Archives of Disease in Childhood*, 90(2), 187-189.

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- 01. Une mère se présente à l'urgence avec son bébé. Elle dit être connue de la DPJ. Vous n'aurez donc pas de signalement à faire, et ce, peu importe la raison de la consultation.**

Réponse : Faux

Comme professionnelle de la santé, l'infirmière a l'obligation de signaler toute situation visée par la *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ). En effet, « les professionnels travaillant auprès des enfants, les employés des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les enseignants, les personnes œuvrant dans un milieu de garde et les policiers doivent, dans l'exercice de leurs fonctions, signaler à la DPJ toutes les situations visées par la LPJ, et ce, même s'ils jugent que les parents prennent des moyens pour mettre fin à la situation. C'est à la DPJ d'évaluer si ces moyens sont adéquats » (MSSS, 2008). Cette responsabilité s'applique même en cas de secret professionnel, car la LPJ l'exige.

Lors d'un signalement, la professionnelle de la santé peut transmettre les informations détenues si elle a des motifs de croire que le développement ou la sécurité de l'enfant sont compromis. L'infirmière doit signaler la situation qui la préoccupe qu'il s'agisse d'un doute ou d'une confirmation de l'une des situations suivantes : abandon, négligence, mauvais traitements psychologiques, sévices sexuels, incluant l'exploitation sexuelle, mauvais traitements, troubles de comportement sérieux, risque important d'être victime de négligence, de sévices sexuels ou de mauvais traitement, fugue, délaissement de l'enfant par ses parents à la suite d'un placement en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Par ailleurs, il est faux de croire que l'infirmière doit révéler aux tuteurs de l'enfant le signalement effectué.

Même si la DPJ encadre déjà ces enfants, il importe d'informer les intervenants de toutes les situations nommées ci-dessus. Ne pas les signaler en raison de mesures déjà en place équivaudrait à ne pas appeler le cardiologue pour un patient suivi en clinique d'insuffisance cardiaque, déjà connu de ces services.

- 02. Vous notez des marques d'allure ecchymotique de coloration jaunâtre sur le thorax d'un enfant. Vous pouvez donc affirmer avec certitude que ces marques sont anciennes.**

Réponse : Faux

La coloration des ecchymoses a longtemps été utilisée comme marqueur pour décélérer le moment approximatif de l'événement ayant amené cette trace sur le corps. Selon des études récentes, cette coloration ne peut traduire ni la force ni le moment de l'événement en question. En effet, plusieurs facteurs peuvent jouer un rôle dans la teinte d'une ecchymose (Maguire et al., 2005). Des éléments tels que le type et la couleur de la peau, la prise de médication, les antécédents de santé, le type ou la profondeur du tissu atteint ainsi que l'âge peuvent être mis en cause dans l'apparition et la guérison des marques ecchymotiques.

Lorsque l'infirmière est témoin d'une telle situation, son rôle principal est de s'assurer de la sécurité de l'enfant. Elle n'a pas à déterminer quand et comment cette marque a été causée. Il revient à l'équipe médicale de dresser un portrait précis de la présentation clinique et de la chronologie des symptômes. Cependant, il est de la responsabilité de toutes les personnes soignantes d'être impliquées dans le processus du dépistage de la maltraitance.

- 03. Le trauma crânien non accidentel ou en contexte de maltraitance se remarque facilement dès l'étape du triage à l'urgence.**

Réponse : Faux

La force impliquée dans le secouement peut entraîner des déchirures des veines ponts du cerveau, ainsi que des lésions à ses vaisseaux internes et ses neurones. Plusieurs types de saignement découlent de ce qui est parfois appelé le « syndrome du bébé secoué ». Toutefois, le principal est l'hématome sous-dural (Joyce, Gossman et Huecker, 2022).

Il est possible que ce type de sévices ne laisse aucune trace externe sur le corps de l'enfant. Il n'est pas rare que la victime présente des vomissements, des périodes d'apnée, des troubles alimentaires, des crises de pleurs, de l'irritabilité ainsi que de la somnolence. En présence de l'une ou plusieurs de ces manifestations cliniques, les infirmières envisagent rarement de la maltraitance. En effet, ces manifestations cliniques n'étant pas exclusives et spécifiques au trauma crânien non accidentel, il est parfois difficile de les attribuer à de la maltraitance. En somme, il faut considérer chaque symptôme et non le minimiser. La maltraitance doit toujours faire partie des diagnostics différentiels à ne pas perdre de vue.

04. Il est inhabituel de voir des ecchymoses chez les bébés de moins de neuf mois.

Réponse : ☒ Vrai

La présence d'ecchymoses chez un bébé non mobile de façon autonome est exceptionnelle s'il a moins de six mois et rare chez celui de moins de neuf mois. Jusqu'à preuve du contraire, ces marques doivent alerter toute professionnelle de la santé qui en est témoin et être considérées comme suspectes. Évidemment, un accident peut survenir, mais un adulte devrait normalement avoir eu connaissance de l'événement traumatique chez un enfant en si bas âge.

Les scientifiques déterminent très bien les lésions sentinelles comme une suspicion de mauvais traitement. Une ou plusieurs de ces lésions rapportées ou visualisées doivent être examinées et prises en charge rapidement. D'apparence banale, elles cachent, dans plus de 50 % des cas, des blessures plus profondes ou plusieurs autres lésions. Petska et Sheets (2014) définissent les lésions sentinelles ainsi :

Lésion mineure

- Ne présente pas de blessure importante
- Ne nécessite pas de traitement
- Guérit rapidement et complètement
- Exclut les petites abrasions ou les rougeurs transitoires
- Concerne les situations suivantes : ecchymose, lésion buccale, brûlure mineure, blessure musculosquelettique

Lésion visible à l'œil (ou détectable) par la personne responsable de l'enfant

Constatée ou rapportée

Lésion chez l'enfant non mobile (*precrising infant*)

Lésion suspecte de maltraitance car sans explication médicale ou événement non intentionnel clair et plausible

Lorsque ce type de blessure est visualisé ou rapporté, l'événement causal doit être clairement déterminé. De plus, le mécanisme doit être compatible avec le développement psychomoteur de l'enfant. Par exemple, la chute du lit des parents, du divan ou de la table à langer doit avoir été causée par un enfant qui, au minimum, se tourne tout seul. Dans tous les cas, soulignons que le rôle de l'infirmière n'est pas de questionner ou d'interroger le parent. L'essentiel demeure d'instaurer un climat de confiance et de placer l'enfant au centre des préoccupations. En aucun cas l'infirmière ne doit soumettre au parent une hypothèse sur le mécanisme ayant pu causer la blessure.

L'examen physique de l'infirmière lors du triage permet de déceler des lésions sentinelles. En effet, un examen visuel minutieux de la peau, de la bouche et des oreilles mène parfois à leur identification.

05. Vous recevez un enfant accidentellement intoxiqué au cannabis. Il a trouvé et a ingéré des friandises au THC, pourtant soigneusement cachées par les parents. Ces derniers ayant l'air fiables et cet événement étant accidentel, vous n'avez pas à faire de signalement à la DPJ.

Réponse : ☒ Faux

Ces intoxications sont majoritairement accidentelles, mais il n'en demeure pas moins que les conséquences peuvent être extrêmement graves. Certains produits du cannabis sont maintenant vendus de façon légale, mais cela ne dégage pas les parents de leur responsabilité de s'assurer que tout produit, médicament ou substance pouvant être nuisibles à l'enfant doivent être conservés hors de sa portée.

L'acte du signalement à la DPJ entraîne plusieurs émotions chez la personne qui l'effectue. Cependant, il s'agit d'une obligation. Plusieurs fausses croyances circulent concernant la DPJ. Rappelons que cette instance agit dans l'intérêt de l'enfant et vise à mettre fin à toute situation risquant de compromettre sa sécurité ou son développement, ainsi qu'à éviter la poursuite d'une telle situation. •



*Viens vivre
tes passions ici!*

OFFRE D'EMPLOI INFIRMIÈRE (ER)*

On recrute au
CISSS de l'Outaouais

Vous recherchez des défis stimulants!
Vous aimeriez habiter une région
marquant milieu urbain et vastes
territoires parsemés de parcs, lacs
et rivières. Nous avons plusieurs
postes permanents à vous offrir
dans nos divers sites!

En Outaouais,
nous bénéficions
d'un statut particulier
qui nous permet
d'offrir les meilleures
conditions au Québec

- Prime de soir rehaussée à 12 % (au lieu de 4 %)
- Prime de nuit à 14 % (ailleurs 11 %)
- Prime de soins critiques de 12 %
- Possibilité de quart de travail de 12 heures bonifié de 7 %
- Crédits d'impôt pour nouveaux diplômés pouvant aller jusqu'à 10 000 \$ pour région éloignée (secteur Pontiac et Vallée-de-la-Gatineau)

* Pour postuler, vous devez être membre en règle de l'OIIQ

**POSTULEZ
DÈS MAINTENANT!**

cisss-outaouais.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec





TD Assurance
Meloche Monnex

**On est prêts
pour vous**



La confiance est au rendez-vous avec les tarifs préférentiels de TD Assurance.

Les professionnels pourraient
économiser sur l'assurance
auto et pour propriétaire,
copropriétaire et locataire.

**Demandez une soumission et découvrez combien vous
pourriez économiser !**

Allez à tdassurance.com/melochemonnex

Le programme d'assurance habitation et auto TD Assurance Meloche Monnex est offert par Sécurité Nationale compagnie d'assurance. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. Agence en assurance de dommages, au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12^e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan.

^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou de ses filiales.

8249-0320

FINALISTES FLORENCE 2022

Année après année, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec se fait le devoir de reconnaître et d'honorer l'expertise infirmière en mettant en lumière le parcours des finalistes des prix Florence.

En 2022, ce sont les réalisations et le parcours impressionnant de 21 infirmières et infirmiers dans sept catégories qui reflètent l'expertise infirmière.



Leadership



Engagement professionnel



**Enseignement et recherche
en sciences infirmières**



Excellence des soins



Pratique collaborative



Promotion de la santé



Relève

Soirée Florence

Y'A DU MONDE À CÉLÉBRER

Avec **Christian Bégin** et ses invités

Le 15 juin prochain, vivez un moment inoubliable en assistant à la **Soirée Florence en ligne**! Animé par Christian Bégin sur le thème de l'émission à succès *Y'a du monde à messe*, cet événement-bénéfice au profit de la Fondation de l'OIIQ nous offrira un spectacle enlevé pour célébrer l'expertise infirmière et souligner les réalisations des 21 finalistes en lice pour un prix.

Exceptionnellement cette année, **un prix Florence spécial** sera décerné. Soyez au rendez-vous pour vivre ce moment inédit.

SEULEMENT

30\$

Procurez-vous vos billets dès maintenant :
oiiq.org/Florence

Organisée par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Présentée par



TD Assurance

Au profit de



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec



Mot du président de **l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**



LUC MATHIEU, inf., DBA

« Les personnes inspirantes sont légion dans la profession infirmière. Certaines d'entre elles se démarquent par leur contribution exceptionnelle. Reconnaissons et célébrons ces infirmières et infirmiers qui incarnent l'excellence et contribuent à l'amélioration des soins. C'est toute la population québécoise qui bénéficie de leur engagement et de leur expertise. »

Mot de la présidente de la **Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**



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

« Forte d'une mission renouvelée, la Fondation offre désormais un appui financier favorisant l'équité régionale et la diversité des pratiques en milieu de soins par le biais de bourses d'études. La Fondation encourage donc les études en sciences infirmières ainsi que le développement professionnel partout au Québec. Au nom de la Fondation, je remercie tous les donateurs. »

Mot de la **présentatrice officielle**



ANNA KAVANAGH
Vice-présidente
Marché de l'affinité, TD Assurance

« À titre de présentatrice officielle de la 19^e Soirée Florence, TD Assurance est fière de participer au rayonnement de la profession infirmière. Depuis maintenant 24 ans que nous avons le plaisir de compter l'OIIQ comme partenaire de programme d'affinité et d'appuyer cette profession admirée des Québécois.

Le professionnalisme, l'expertise ainsi que l'engagement que démontrent les infirmières et infirmiers méritent vraiment d'être reconnus. Le 15 juin, joignez-vous à nous pour célébrer! »

Le comité de sélection

Marie-Catherine Boulanger, inf., M. Sc. inf., IPSPL
Infirmière praticienne spécialisée
en soins de première ligne
CIUSSS-CN
GMF-U Laurier

Véronique Brassard, inf., B. Sc.
Conseillère cadre en soins infirmiers
Enfance-Jeunesse-Famille
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Martine Dallaire, inf., M. Sc.
Retraitée
Anciennement chargée de projets
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
(CEVQ)
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Jérôme Gauvin-Lepage, inf., Ph. D.
Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières,
Université de Montréal
Chercheur actif, Centre de recherche du
CHU Sainte-Justine, Centre de réadaptation
Marie-Enfant

Ginette Henri, inf., M. A. (gérontologie)
Retraitée
Consultante en Soins en santé mentale
à la personne aînée

Marie-Claude Perreault, inf., D.E.S.S.
Infirmière clinicienne AIC
CHU Sainte-Justine

Sonia Singamalum, inf., étud. M. Sc. inf.
Infirmière clinicienne à l'équipe de mentorat du
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
(CEVQ)
CIUSSS de la Capitale-Nationale

Représentants de l'OIIQ

Joanie Belleau, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel

Colette Ouellet, LL. L., M.B.A.,
D. 2^e cycle, affaires publiques
Directrice
Bureau du président

Isabelle Lacroix
Rédactrice en chef multiplateforme
Direction, Stratégie de marque et communications

Message du ministre de la **Santé et des Services sociaux**



CHRISTIAN DUBÉ
Ministre de la Santé
et des Services sociaux

Ces deux dernières années ont été particulièrement éprouvantes pour l'ensemble de notre réseau de la santé et des services sociaux. Dans ces moments difficiles, nous avons pu noter à quel point vous, les infirmières et les infirmiers, avez constitué une force dans notre lutte contre la pandémie. Je vous en remercie.

Cet engagement sans faille que vous avez démontré a mis en lumière toutes les nombreuses contributions que les soins infirmiers apportent au mieux-être des Québécois. Il nous entraîne aussi, comme gouvernement, à poursuivre nos réflexions afin de vous offrir la meilleure qualité de vie au travail possible.

Au cours des derniers mois, nous avons mis en place plusieurs mesures immédiates, fortes et significatives, inspirées des meilleures pratiques, afin d'améliorer votre conciliation travail-vie personnelle, de diminuer votre charge de travail, de rendre vos milieux de travail plus attractifs et, surtout, de retenir et de recruter de nouvelles personnes au sein de notre réseau. D'ailleurs, le plan santé annoncé récemment nous permettra de consolider tous ces acquis et, surtout, d'aller encore plus loin.

Je me réjouis de la tenue de la soirée Florence 2022 qui est un rendez-vous incontournable pour tous ceux et celles qui ont à cœur l'excellence des soins infirmiers au Québec. C'est également la célébration de votre engagement et de votre professionnalisme par vos pairs.

Je félicite particulièrement les carrières exceptionnelles des finalistes des prix Florence 2022 décernés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Ces personnes font rayonner la profession auprès de leurs collègues, des collaborateurs et des clients. Vous êtes des modèles pour votre profession et vous pouvez en être fiers. Merci d'entretenir la flamme de cette belle profession par vos compétences et vos expertises en matière de santé.

Bonne soirée Florence 2022!

— Leadership



MARTINE FOLCO,
inf., B. Sc. inf., M. Sc.
Directrice adjointe programme soins critiques
et gestion des séjours
CISSS des Laurentides

Martine Folco a depuis toujours la fibre artistique. C'est peut-être sa personnalité hautement créative, d'ailleurs, qui a amené cette infirmière clinicienne à devenir une leader reconnue et respectée au sein de sa profession.

Pendant plus de 30 ans, grâce à son dynamisme, son engagement et sa faculté de mobiliser les équipes, Martine Folco a occupé de nombreux postes de gestionnaire et de chargée de projet.

Durant les 15 dernières années, Martine Folco a notamment coordonné le projet de transformation des services de santé mentale à l'hôpital de Saint-Jérôme, joué le rôle d'experte clinique dans l'élaboration d'un guide de planification immobilière au MSSS et occupé le poste de directrice de la santé physique et services hospitaliers au CISSS des Sommets, à Sainte-Agathe-des-Monts.

Plus récemment, en tant que directrice adjointe au CISSS des Laurentides, cette infirmière d'exception a coordonné un projet d'envergure axé sur « l'expérience patient », soit l'ouverture du centre de cancérologie de Saint-Eustache. Ce développement permet aujourd'hui à de nombreux usagers de bénéficier de soins de proximité. Elle a aussi participé en tant que coordonnatrice à des travaux en cancérologie au MSSS afin de dégager les balises de l'organisation de services de cancérologie dans les régions ayant un grand territoire.

Faire une différence auprès des personnes soignées et leurs proches, s'investir à améliorer les soins, être stimulée par les nouveaux développements et défis, transmettre ses expériences et connaissances : voilà les passions qui motivent Martine Folco et qu'elle aime transmettre sans réserve aux infirmières. •



LAETITIA ROYER,
inf., B. Sc.
Conseillère-cadre en soins infirmiers,
volet soins critiques et médecine spécialisée
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Il y a 11 ans, Laetitia Royer a quitté la France pour venir travailler à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Cette infirmière a eu le coup de foudre pour le Québec, et y a aussi découvert un environnement de travail où elle pouvait enfin exprimer son leadership.

Cinq ans après son arrivée, son rêve de devenir cadre commence à se concrétiser : elle obtient le poste d'assistante-infirmière-chef de la salle de réveil de HMR. L'implantation du projet « peau à peau », qui permet aux familles de rester ensemble dès la naissance de leur enfant, s'inscrit parmi ses premières réalisations. Malgré les inquiétudes de certains membres du personnel concernant les soins, la surveillance et les complications propres à cette clientèle, Laetitia Royer parvient à rallier les troupes.

Selon ses pairs, cette leader née dispose d'une capacité à favoriser la participation de tous. Elle sait cogner aux bonnes portes et créer les occasions de rencontres. Grâce à ses qualités exceptionnelles, elle a d'ailleurs obtenu son poste actuel, qu'elle occupe depuis l'automne 2019.

Dans ce nouveau rôle, le leadership mobilisateur de Laetitia Royer continue de faire évoluer la profession. La création du modèle « Leader-novice », qui permet à deux infirmières novices en soins critiques de recevoir le soutien d'une infirmière experte en période de pandémie, en est un bel exemple.

Depuis septembre 2021, Laetitia Royer chapeaute un projet pilote d'intégration des infirmières auxiliaires aux soins intensifs, un projet qui commence déjà à intéresser d'autres CISSS et CIUSSS dans toute la province. •



LUCIE TREMBLAY,
inf., M. Sc., Adm. A., CHE
Directrice des soins infirmiers
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Adolescente, Lucie Tremblay avait déjà trois grandes convictions. Elle aimait le contact avec les gens, elle aimait les sciences et, surtout, elle voulait changer le monde. Il y a plus de 35 ans, ces certitudes ont posé les bases de la prolifique carrière de cette gestionnaire en soins infirmiers.

Professionnelle accomplie, elle réussit depuis toujours à rallier les troupes. À 24 ans à peine, elle s'illustrait déjà à titre de chef d'unité au Centre d'accueil Alfred-Desrochers à Montréal. Ses capacités d'analyse, ses talents de communicatrice et sa facilité à créer des partenariats d'équipe faisaient d'elle une leader respectée et recherchée en soins infirmiers.

Pendant 25 ans, elle a enchaîné les postes de direction dans les établissements de santé, une brillante trajectoire qui l'a conduite jusqu'à la présidence et la direction générale de l'Ordre en 2012. Au cours de son mandat de présidente, qui a duré six ans, elle a fait avancer la profession. Sous sa gouverne, elle a favorisé la collaboration interprofessionnelle et a rendu possible le droit de prescrire pour les infirmières. Son leadership orienté vers l'action est devenu source d'inspiration pour ses collaborateurs et partenaires.

Lucie Tremblay déploie aujourd'hui son leadership, son esprit d'innovation et sa créativité au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, où elle agit à titre de directrice des soins infirmiers depuis trois ans. Très proche de ses équipes, elle leur offre quotidiennement le privilège de faire valoir, à leur tour, leurs solutions pour améliorer les soins et transformer la pratique infirmière. •



**Félicitations
à nos
finalistes!**

Beneva est fière
de s'associer aux
prix Florence 2022,
catégorie Engagement
professionnel.

beneva

beneva.ca/oiiq

— Engagement professionnel



SOLANGE BOUCHER,
inf., B. Sc., M. Sc. inf.
Conseillère clinique à la Direction des soins infirmiers
en soutien à la vaccination massive
CISSS de Laval



YANNICK MÉLANÇON LAÎTRE,
inf., B. Sc., M. Sc. A., IPSPL
Infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne
CISSS de Lanaudière, GMF Berthier – Saint-Jacques,
Clinique de médecine familiale de Berthier



SUZANNE ROY,
inf., B. Sc., M. Sc. inf.
Conseillère-cadre en soins infirmiers spécialisés
CISSS de Chaudière-Appalaches

Solange Boucher a toujours souhaité devenir infirmière. Depuis plus de 30 ans, elle met son expertise au service de l'amélioration constante des soins aux patients.

Dès le début de sa carrière, en 1988, elle travaille dans les soins ultraspécialisés (grands brûlés, soins intensifs et coronariens) à l'Hôtel-Dieu de Montréal, puis devient conseillère clinique au CISSS de Laval après sa maîtrise, en 1991. Convaincue de l'importance de la pratique interdisciplinaire pour mieux répondre aux besoins des patients à défis multiples et de leurs proches, elle contribue par la suite à l'enseignement de la collaboration interdisciplinaire au Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Animée par un fort esprit d'innovation, Solange Boucher s'est portée volontaire pour plusieurs projets cliniques, organisationnels, d'agrément et de recherche : implantation des premiers GMF à Laval, développement de nouveaux rôles pour les infirmières cliniciennes en première ligne, création d'une première communauté virtuelle et développement et utilisation d'ordonnances collectives, entre autres.

Passionnée par les soins cliniques, les soins de plaies, l'utilisation des données probantes, l'amélioration continue et la sécurité, elle a exercé son leadership comme conseillère clinique en soin de proximité dans plusieurs milieux. Elle pensait consacrer sa retraite, annoncée pour juin 2020, à l'aide humanitaire, mais elle a plutôt choisi de venir en renfort durant la pandémie, en restaurant, entre autres, des mesures en prévention et contrôle des infections en CHSLD, ou encore en participant à la campagne de vaccination.

Cette femme de tête et de cœur conserve intacts son engagement et son enthousiasme pour sa profession, pour le plus grand bénéfice de la population québécoise et de ses collaboratrices. •

Depuis le début de sa carrière, Yannick Mélançon Laître fonctionne aux défis. De l'Abitibi-Témiscamingue à Lanaudière en passant par Sherbrooke, sa pratique se centre autant sur les patients que sur la formation de la relève, répondant ainsi à son désir d'exercer une profession intellectuelle, mais également humaine.

Déterminé à jouer un rôle de premier plan dans le système de santé, il devient l'un des premiers infirmiers praticiens au Québec, avec l'ambition d'améliorer les soins aux patients et l'accès à des soins de santé de qualité. Il participe à plusieurs comités d'intégration du rôle d'IPSPL au Québec et s'investit continuellement dans le rehaussement de la pratique.

Son excellence et son engagement retiennent l'attention de son *alma mater*, l'Université McGill, qui l'invite à enseigner dès la fin de sa maîtrise. Passionné par le mentorat et la formation des futures infirmières praticiennes, il devient tour à tour chargé de cours, professeur adjoint, puis directeur infirmier du programme IPSPL jusqu'à son départ de l'université, en 2019.

Son désir de relever des défis intellectuels l'amène également à agir comme expert clinicien au Comité scientifique permanent de l'évaluation des médicaments aux fins d'inscription (CSEMI) à l'INESSS.

En plus de ces divers engagements, Yannick Mélançon Laître pratique à temps plein au groupe de médecine familiale de Berthier, où il exerce auprès de ses patients depuis 2012. En une décennie à peine, il a touché à la plupart des facettes de sa pratique, s'engageant à fond dans toutes les sphères de la vie professionnelle. •

Infirmière engagée, Suzanne Roy mène depuis plus de 40 ans une carrière très diversifiée. Curieuse et déterminée, elle fait partie des premières cohortes de diplômées en sciences infirmières au 2^e cycle, afin de jouer le rôle de leadership auquel elle aspire.

Elle divise sa pratique en parts presque égales entre les milieux hospitalier et communautaire, où elle acquiert notamment une riche expertise en prévention et contrôle des infections, en enseignement et en supervision de stage. Pendant 12 ans, elle occupe divers postes à la direction des soins infirmiers au CISSS Alphonse-Desjardins et au CISSS de Chaudière-Appalaches.

Son engagement profond l'amène à s'impliquer professionnellement et personnellement, voire bénévolement, et toujours en cherchant à faire reconnaître la profession infirmière. Avec d'autres collègues, elle remporte d'ailleurs en 2015 le Grand prix Innovation infirmière Banque Nationale pour sa grande implication dans la mise en œuvre, au niveau provincial, de la contribution de l'infirmière au constat de décès à distance.

Toujours la première à lever la main, Suzanne Roy tente d'insuffler son enthousiasme dans tous les projets qu'elle touche. Sa passion pour les soins infirmiers n'a jamais faibli. Motivée par le contact avec les usagers dans ses premières années de carrière, elle fait aujourd'hui la différence en tant que gestionnaire, mettant à profit ses qualités d'écoute et de mobilisation.

Avec autant d'enthousiasme qu'à ses débuts, Suzanne Roy continue de faire avancer la profession, particulièrement les soins de première ligne, en exerçant son influence positive jusque dans les différents milieux cliniques de l'établissement et au ministère de la Santé et des Services sociaux. •


Félicitations aux finalistes de la soirée Florence!

Partenaire du développement professionnel des infirmières et infirmiers, Pearson ERPI est fière de commanditer la catégorie **Enseignement et recherche en sciences infirmières**.



pearsonerpi.com/sc-infirmieres





PRIX FLORENCE 2022

CATÉGORIE LEADERSHIP

« Faire une différence auprès des personnes soignées et leurs proches, s'investir à améliorer les soins, être stimulée par les nouveaux développements et défis, transmettre mes expériences et connaissances, voilà les passions qui me motivent et que j'aime partager sans réserve aux infirmières afin de les inspirer à se surpasser à leur tour. »

Venez vous surpasser dans l'équipe de notre finaliste **MARTINE FOLCO**
attraction.recrutement.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

LE **CISSS** DES LAURENTIDES
complice de votre carrière

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Québec

**À LAVAL,
ON CHERCHE
DU PERSONNEL**

CEPI, INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Une multitude de secteurs et de regroupements de clientèle s'offrent à vous.
Venez développer vos compétences et votre expertise dans différents services de soins spécialisés.
Possibilité d'avancement au sein des équipes.
La poursuite des études est encouragée.

lavalensante.com/carrieres

Solange Boucher, conseillère clinique au CISSS de Laval, finaliste dans la catégorie « Engagement professionnel » des prestigieux Prix Florence de l'OIIQ



Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Québec



Félicitations à Suzanne Roy

Finaliste Prix Florence

Engagement professionnel

Infirmière engagée en soins infirmiers depuis plus de 40 ans!



Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Québec

— Enseignement et recherche



MADELEINE BUCK,
inf., M. Sc. (A)
Professeure agrégée
Université McGill – École des sciences
infirmières Ingram

Madeleine Buck garde un vif souvenir de l'infirmière qui a soigné sa mère mourante, alors qu'elle était encore une toute petite fille. Cette rencontre inspirante est d'ailleurs à l'origine de sa brillante carrière d'éducatrice et de professeure agrégée en sciences infirmières à l'Université McGill.

Depuis plus de 40 ans, Madeleine Buck inspire à son tour des cohortes d'étudiantes. À ses yeux, la profession d'infirmière ne représente rien de moins qu'un passeport pour l'une des carrières les plus exaltantes qui soient.

Son enthousiasme pour l'enseignement et la recherche a d'ailleurs largement contribué à l'évolution du programme de baccalauréat en sciences infirmières à l'Université McGill, qu'elle a dirigé pendant près de 20 ans. C'est même sous la direction de cette championne de l'intégration de l'apprentissage par enquête que le curriculum du baccalauréat a été révisé, en 2017.

Soucieuse que les futures infirmières d'ici et d'ailleurs au pays bénéficient d'un enseignement porteur à l'échelle du Canada, Madeleine Buck a été l'éditrice de la publication canadienne de *Fundamentals of Canadian nursing: Concepts, process and practice*, parue en 2018. Elle a également apporté son expertise au projet pilote d'accreditation des programmes d'infirmières praticiennes de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, où elle a participé à la validation des normes.

Encore aujourd'hui, la curiosité, les connaissances scientifiques, le style de pratique et les nombreuses réalisations de Madeleine Buck se révèlent une source d'inspiration, non seulement pour la communauté de l'École des sciences infirmières Ingram, mais aussi pour celle de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université McGill. •



VÉRONIQUE DUBÉ,
inf., Ph. D.
Professeure agrégée
Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières
Titulaire, Chaire de recherche Marguerite-d'Youville
d'interventions humanistes en soins infirmiers
Chercheuse régulière, Centre de recherche du Centre
hospitalier de l'Université de Montréal
Chercheuse associée, Centre de recherche de l'Institut
universitaire de gériatrie de Montréal

Ayant grandi auprès de ses grands-parents maternels, Véronique Dubé a toujours vécu une relation privilégiée avec les aînés. Son travail d'été dans un CHSLD, juste avant d'entamer l'université, a créé l'étincelle qui l'a poussée à consacrer sa carrière à la gériatogériatrie.

Vingt-cinq ans plus tard, cette professeure agrégée de la Faculté des sciences infirmières figure parmi les chercheuses les plus dynamiques au pays dans son domaine. Les fruits de ses travaux bénéficient autant aux personnes âgées, dont celles vivant avec la maladie d'Alzheimer, qu'aux proches aidants.

Ses riches connaissances en la matière lui ont d'ailleurs valu de devenir la toute première titulaire de la Chaire de recherche Marguerite-d'Youville d'interventions humanistes en soins infirmiers de l'Université de Montréal en 2016.

En plus de diriger divers travaux de recherche, Véronique Dubé a développé une expertise en gestion de projets qu'elle transmet avec conviction à ses étudiantes. Leurs projets, qui se déroulent principalement en milieu clinique, permettent aux infirmières de prendre confiance en leurs compétences et de faire preuve de créativité, tout en prônant des valeurs humanistes. Leur expérience démontre qu'il est possible d'être maître de sa destinée et de contribuer à des retombées positives pour les personnes soignées et leur entourage.

Reconnue pour sa compétence, sa rigueur scientifique, la qualité de son accompagnement, sa disponibilité et son soutien, Véronique Dubé est aujourd'hui très recherchée par les étudiantes comme directrice. Plusieurs d'entre elles qu'elle a supervisées aux cycles supérieurs ont obtenu des bourses prestigieuses, en plus de voir leurs publications et communications régulièrement acceptées. •



PIERRE PARISEAU-LEGAUT,
inf., Ph. D., LL. M.
Professeur agrégé et coresponsable des programmes
de cycles supérieurs
Université du Québec en Outaouais – Département des
sciences infirmières

Infirmier clinicien et professeur à l'Université du Québec en Outaouais (UQO), Pierre Pariseau-Legault était encore adolescent lorsqu'il a dû faire face aux problèmes de santé mentale de certains de ses proches, une expérience déterminante pour lui.

Depuis près de 15 ans, il consacre sa pratique à la lutte contre l'exclusion et les injustices sociales. D'abord infirmier de liaison en urgence psychiatrique, il choisit ensuite la voie de la recherche et de l'enseignement pour contribuer à un plus grand respect des droits de la personne en santé mentale.

Cumulant plusieurs distinctions et prix honorifiques, une trentaine d'articles scientifiques et pas moins d'une vingtaine de conférences et projets de recherche, Pierre Pariseau-Legault a développé une expertise unique qu'il n'hésite pas à partager afin de contribuer à la pleine occupation du champ d'exercice infirmier en santé mentale. Il éprouve une grande fierté à faire découvrir aux étudiantes qu'une approche psychosociale de l'intervention peut diminuer les hospitalisations et les rechutes. Il encourage d'ailleurs la relève infirmière à croire en son potentiel et en sa capacité d'innover.

De nombreux regroupements de recherche et organismes bénéficient de son implication active comme chercheur et enseignant. Ayant récemment contribué à la création de la clinique interdisciplinaire en droit social de l'Outaouais, il poursuit ses recherches, entre autres, sur le développement des compétences éthiques et médico-légales des infirmières intervenant auprès des personnes marginalisées. Il agit également à titre de directeur de l'unité d'enseignement et de recherche en éthique clinique de l'UQO.

Contribuer au développement des savoirs et de la pratique infirmière en santé mentale : voilà ce qui définit le parcours professionnel de Pierre Pariseau-Legault. •



Parce que vous y mettez votre cœur et votre savoir-faire

Banque Nationale applaudit le travail
exceptionnel des finalistes des prix Florence
de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

bnc.ca/infirmier

Fière partenaire de



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

— Excellence des soins



NANCY CYR,
inf., M. Sc. inf., M. Gestion et développement des organisations
Conseillère-cadre en soins infirmiers – Volet affaires professionnelles
Direction des soins infirmiers et de la santé physique
CIUSSS de la Capitale-Nationale



MARIE CARINE LEMIEUX,
inf., B. Sc. inf., stomothérapeute
Infirmière clinicienne
Centre hospitalier universitaire de Québec
Université Laval



FRANCE MARCOUX,
inf.
Infirmière technicienne, assistante au supérieur immédiat
Hôpital Pierre-Janet – CISSS de l'Outaouais, Direction santé mentale et dépendance

Depuis toujours, Nancy Cyr est animée par l'importance de croire en ses capacités pour réussir à livrer ce que les gens ont de meilleur. Cette femme à l'esprit vif cumule 22 années d'expérience à titre de conseillère-cadre en soins infirmiers. Elle a aussi été professeure de clinique pendant plusieurs années à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

C'est en gardant l'usager et sa famille au cœur de ses interventions qu'elle arrive, de manière créative, à mettre en place de nouvelles pratiques et à influencer toute la communauté infirmière. Orientée vers la recherche de solutions, elle valorise avec détermination le travail en collaboration interprofessionnelle.

Ses réalisations, nombreuses et variées, ont eu des retombées importantes sur la qualité des soins infirmiers et le développement des compétences des infirmières. Elle a notamment élaboré et diffusé un cadre de référence portant sur le partage des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe de soins en centre d'hébergement. Ce cadre de référence illustre simplement le rôle des membres de l'équipe de soins, afin d'utiliser pleinement leur champ d'exercice et leur expertise.

Dans ses fonctions actuelles, Nancy Cyr est reconnue pour sa capacité à conceptualiser des modèles novateurs et simples qui prennent en compte les préoccupations de l'ensemble des membres des équipes soignantes. Ses collègues sont unanimes quant à son expertise dans le domaine de l'intégration et de la formation. Elle travaille d'ailleurs au déploiement d'une pratique de pointe visant une intégration progressive et adaptée des infirmières nouvellement diplômées.

Que ce soit dans sa vie personnelle ou professionnelle, Nancy Cyr s'attache à valoriser et à soutenir sans relâche le développement du potentiel humain. •

Infirmière en suivi de plaies, stomies et continence depuis 2004, Marie Carine Lemieux est une figure de proue en matière de stomathérapie au Québec. Déterminée à exercer une profession valorisant le soin et conférant une autonomie de pratique, elle a suivi l'exemple inspirant de ses trois prédécesseurs au CHU de Québec.

Aujourd'hui, elle s'engage à son tour à transmettre sa passion pour son domaine. Son attitude proactive, sa persévérance dans la recherche de solutions, sa grande disponibilité, ainsi que son écoute, sa générosité et son dynamisme font d'elle un modèle essentiel de l'équipe du CHU de Québec-Université Laval.

En 20 ans de pratique, elle s'est acquittée avec brio de responsabilités d'envergure dont, tout dernièrement, la planification et l'organisation de la clinique de stomathérapie dans le futur centre intégré de cancérologie du nouveau complexe du CHU de Québec. De nombreux professionnels de la santé à l'interne et à l'externe de l'est du Québec, et même des médecins en pratique privée, font appel à ses conseils.

Marie Carine Lemieux fait aussi figure de référence en ce qui a trait à la formation des professionnels en santé sur les soins de plaie et de stomie. Elle a notamment participé à l'élaboration d'un programme de prévalence des lésions de pression, ainsi qu'à une formation pour les résidents en médecine en urologie.

Sa capacité de mobilisation, son aisance à transmettre ses connaissances et la relation de confiance qu'elle établit avec ses patients et ses collègues sont des sources d'inspiration pour toutes les personnes qui la côtoient. •

Infirmière en santé mentale, France Marcoux met ses patients au centre de ses plans d'intervention depuis les débuts de sa carrière. Sa passion, c'est de découvrir ce qui les passionne! Elle les aide ensuite à s'approcher de leur but, tout en s'assurant qu'ils sont bien entourés.

Véritable pilier de son établissement, France Marcoux œuvre depuis 21 ans pour la Direction santé mentale et dépendance (DSDM) du CISSS de l'Outaouais. Depuis 2019, en tant qu'assistante au supérieur immédiat, elle est responsable de la gestion de risque, de la gestion d'équipe et de la qualité, ainsi que de la coordination des services et de liaison. Son cheminement de carrière lui a permis d'exercer des soins auprès d'usagers hospitalisés, en résidence et dans la communauté.

Ses responsabilités actuelles l'amènent à faire le suivi et l'analyse des dossiers des grands utilisateurs des urgences, et à organiser des concertations cliniques afin que le client soit pris en charge par une équipe en externe. Elle soutient aussi l'enseignement offert aux familles : elle oriente les membres du personnel et s'assure de leurs habiletés à intervenir, en les encourageant à offrir aux patients la qualité de traitement qu'ils souhaiteraient pour un de leurs proches.

Avec sensibilité et créativité, France Marcoux soutient ses patients avec des outils ajustés à leurs forces et à leurs intérêts. Son approche constructive les incite à assumer un rôle significatif dans leur communauté, ce qui constitue souvent la pierre angulaire du rétablissement en santé mentale. •



WHITE CROSS • Québec

WHITE CROSS

Félicitations
à toutes les
finalistes
des prix
Florence 2022
Catégorie
**Pratique
collaborative**

VOIR NOS
COLLECTIONS SUR :

whitecross.quebec

— Pratique collaborative



AUDREY CHOUINARD,
inf., M. Sc. inf.
Conseillère en soins spécialisés en oncologie
Centre hospitalier de l'Université de Montréal



JOSÉE GUILLEMETTE,
inf., M. Sc. inf., M. Sc. adm.
Conseillère-cadre en soins infirmiers – Centre hospitalier
universitaire de Québec



JULIE TREMBLAY,
inf., B. Sc. inf.
Infirmière en chef du Département de la santé communautaire et de l'immunisation
25^e Centre des Services de santé des Forces canadiennes – Base militaire de Bagotville

Dans sa jeunesse, Audrey Chouinard a vu l'un de ses proches touché par le cancer. Ces moments difficiles lui ont tôt fait réaliser que cette maladie ne frappe pas seulement la personne concernée : elle affecte toute sa famille ainsi que sa communauté. Cette prise de conscience a largement influencé son choix de carrière et sa façon d'incarner sa pratique des sciences infirmières en soins oncologiques.

Dès son entrée à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, en 2005, Audrey Chouinard fait sa marque comme infirmière clinicienne en oncologie. Rassembleuse, avant-gardiste et novatrice, elle devient rapidement une disciple de la pratique collaborative. Quels que soient ses projets, ses révisions de documents ou ses prises de décision, les membres de l'équipe interdisciplinaire, le patient et ses proches font systématiquement partie de l'équation.

L'une des grandes solutions qu'elle a développées avec des patients-partenaires, la chimiothérapie orale à domicile, a justement remporté le prix du Programme québécois en cancérologie-évolution de la pratique en 2019. En plus d'établir une standardisation dans la pratique, ce projet interprofessionnel a permis une administration et une autogestion des symptômes sécuritaires à domicile pour les patients et leurs proches.

Récemment, Audrey Chouinard s'est une fois de plus illustrée en améliorant la prise en charge de la clientèle avec suspicion de neutropénie fébrile au sein du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Ce projet s'est traduit par la mobilisation d'au moins deux patients et de 24 professionnels provenant d'une douzaine de services différents.

Audrey Chouinard rêve maintenant d'optimiser la qualité et la sécurité des soins de la clientèle oncologique, afin de diminuer le recours aux urgences. •

Devant affronter la maladie de ses parents dès son jeune âge, Josée Guillemette a toujours voulu aider les autres afin de faire une différence dans leur vie. Encore aujourd'hui, son principal objectif est de développer des outils et des partenariats avec tous les professionnels afin de favoriser un retour rapide de ses patients à une vie normale.

Animée par le désir de créer de nouveaux concepts, Josée Guillemette est devenue une partenaire active et impliquée sur l'échiquier interprofessionnel des milieux de travail où elle évolue depuis plus de 30 ans. Elle sait s'entourer, guider son équipe et ses collègues, et s'investir sans réserve dans la défense et le bien-être du patient.

Ses facultés à susciter la cohésion, sa personnalité respectueuse et ses capacités d'influencer positivement tout ce qu'elle touche lui permettent de rallier aisément ses collaborateurs vers des objectifs communs. Que ce soit la révision des modes d'organisations de soins, l'introduction de nouveaux titres d'emploi ou encore la redéfinition des actions de ses collègues professionnels, Josée Guillemette excelle à découvrir des solutions.

Elle se dit d'ailleurs particulièrement fière d'avoir participé à l'évolution des tâches des infirmières auxiliaires il y a une douzaine d'années au sein du CHUQ. Plus récemment, les pénuries de personnel ont incité Josée Guillemette et ses équipes à se pencher sur de nouvelles tâches que pourraient accomplir les techniciens ambulanciers afin d'aider les employés travaillant dans les urgences.

Sa persévérance et sa passion pour son propre développement professionnel et celui de ses collègues inspirent toutes les personnes qui la côtoient, dont la relève infirmière. •

En choisissant la profession d'infirmière, Julie Tremblay savait qu'elle ferait une différence concrète dans la vie des gens. Après un premier emploi au sein d'une équipe de recherche clinique en hématologie-oncologie, elle décroche un poste à la base militaire de Bagotville, près de Chicoutimi, en remplacement d'une infirmière en congé de maternité.

Une année après son embauche, en 2007, elle devient infirmière responsable du Département de la santé communautaire et de l'immunisation du Centre de Bagotville, qui compte, cette année-là, 550 militaires de plus, pour un total de 1 500. Aujourd'hui, ses réalisations font d'elle une leader des Services en santé des Forces canadiennes.

Julie Tremblay dirige ce département de main de maître non seulement grâce à son ardeur, mais aussi à sa capacité à intégrer les meilleures pratiques collaboratives entre les professionnels de la santé du Centre. Actuellement, elle développe le projet d'une clinique de dépistage et de suivi de l'hypertension artérielle, et a mis sur pied, toujours en étroite collaboration interprofessionnelle, une clinique de santé-voyage. Elle supervise aussi les suivis de grossesse pour les femmes militaires.

En pleine pandémie de COVID-19, Julie Tremblay organise, coordonne et forme le personnel pour les sites de vaccination des militaires, dès la disponibilité des premiers vaccins. En parallèle, elle continue d'exercer ses fonctions d'infirmière responsable de l'immunisation expéditionnaire et opérationnelle, de la prévention des infections et des opérations du programme de la sécurité des patients.

Selon elle, tout devient possible avec l'instauration d'une collaboration interdisciplinaire, car elle permet de valoriser les capacités de chacun, tout en donnant de meilleurs soins. •



TD Assurance
Meloche Monnex

**On est prêts
pour vous**



Membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, sentez-vous en confiance grâce aux taux privilégiés offerts par TD Assurance.

Vous pourriez économiser grâce à
nos tarifs d'assurance auto et
pour propriétaire, copropriétaire
et locataire.



TD Assurance est fière de soutenir l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour célébrer à titre de présentateur officiel de la Soirée Florence.

**Obtenez une soumission et découvrez combien vous
pourriez économiser!**

**Allez à tdassurance.com/oiiq
ou composez le 1-866-269-1371**



Le programme d'assurance habitation et auto TD Assurance Meloche Monnex est offert par Sécurité Nationale compagnie d'assurance. Il est distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc. Agence en assurance de dommages, au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12^e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan.

MD Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou de ses filiales.

— Promotion de la santé



FRANÇOISE FILION,
inf., M. Sc. inf.
Responsable de la supervision, de l'évaluation et
de la recherche
Réseau de cliniques infirmières communautaires (RCIC)
Enseignante
Université McGill – École des sciences infirmières Ingram



MARIE-CHRISTINE GRAS,
inf., B. Sc., M. Sc. adm., stomothérapeute
Chef d'administration de programmes GMF-GAMF-GAP
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal



JOHANNE LESSARD,
inf., B. Sc.
Conseillère en soins infirmiers
CISSS de Lanaudière
Infirmière de recherche – Projet PERSPECTIVE

Françoise Filion a toujours voulu changer le monde, et la profession infirmière constituait le parcours idéal pour y arriver. Devenue infirmière clinicienne, puis chercheuse et enseignante à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill, elle met aujourd'hui à profit tout le savoir-faire et l'autonomie de l'infirmière afin de soutenir les communautés.

Pour Françoise Filion, les infirmières jouent un rôle essentiel pour améliorer la santé des populations. Elle outille d'ailleurs en ce sens ses étudiantes en santé communautaire, en leur permettant de développer une expertise infirmière engagée et collaborative avec les milieux communautaires grâce à des projets pérennes répondant aux besoins des collectivités. À ce jour, sous sa gouverne, plus de 400 projets étudiants visant les individus en situation de vulnérabilité ont vu le jour.

Motivée par le succès des projets de ses étudiantes, Françoise Filion a décidé d'aller encore plus loin et de mettre sur pied, en 2017, une première clinique infirmière à l'Accueil Bonneau. Tout comme l'espérait l'infirmière, la clinique atteint aujourd'hui sans jugement ni discrimination les communautés marginalisées dans leur milieu, afin de les raccrocher au système de santé. Ce projet lui a d'ailleurs valu le Grand prix Innovation infirmière Banque Nationale de l'Ordre. Récemment, cinq nouvelles cliniques infirmières basées sur le modèle de la clinique de l'Accueil Bonneau ont ouvert leurs portes dans différents organismes communautaires, dont deux ciblant les communautés autochtones.

Passionnée par la santé communautaire et déterminée à améliorer la santé des populations, Françoise Filion change le monde, une étudiante et une communauté à la fois. •

Depuis sa jeunesse, Marie-Christine Gras ressent le besoin d'aider les gens. Pourtant, à l'origine, les soins infirmiers ne faisaient pas partie de ses choix de carrière. Ils représentaient plutôt la ligne d'arrivée d'un parcours d'études atypique passant par la microbiologie et les mathématiques pures.

Depuis 11 ans, Marie-Christine Gras exploite à son plein potentiel le rôle et l'autonomie de l'infirmière dans des postes de gestionnaire pour la direction des services intégrés de première ligne au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL). Dans ses fonctions de cadre, elle inspire ses collaborateurs par son leadership et œuvre à développer des projets innovants qui exploitent pleinement la profession infirmière afin d'améliorer la santé des patients. Ses projets sont d'ailleurs teintés par sa volonté d'engendrer des changements concrets et favorables en matière d'accessibilité aux soins, afin de réduire les écarts de santé dans la population.

Parmi ses réalisations, elle compte la mise sur pied d'une clinique infirmière pour le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) du CCOMTL. Depuis février 2021, la clinique du GAMF propose aux patients orphelins du territoire un accès direct et rapide à un corridor de soins pour des problèmes de santé ponctuels. Un volet « prévention et prise en charge à court terme » optimise également le rôle de l'infirmière en lui permettant de dépister et de prendre en charge divers problèmes de santé qui passeraient autrement inaperçus chez cette clientèle sans médecin de famille.

En plaçant l'autonomie au centre de la pratique infirmière, Marie-Christine Gras espère continuer de développer au maximum le rôle de l'infirmière en première ligne et les ressources disponibles, au bénéfice de la population québécoise. •

Johanne Lessard se voyait médecin en Afrique, mais son père l'a plutôt convaincue de suivre les traces de sa tante infirmière. Enchaînant les contrats et refusant des postes permanents, elle s'est bâtie une carrière sur mesure dans son domaine de prédilection : la santé publique.

Infirmière clinicienne et enseignante, Johanne Lessard croit fermement à la place de l'infirmière dans la promotion de la santé et au pouvoir d'agir des individus, et s'investit depuis toujours en ce sens. Elle a notamment participé au projet « Je suis invitée. Et toi? », qui sensibilise les femmes issues de communautés ethnoculturelles à l'importance du dépistage précoce du cancer du sein. Avec les membres de sa famille, elle s'est également engagée dans la lutte contre les inégalités sociales par son « projet sac à dos ». Ce projet, grâce auquel des personnes en situation d'itinérance reçoivent des sacs à dos remplis de biens essentiels, a d'ailleurs été repris par ses étudiantes en soins infirmiers, à son plus grand plaisir.

Loin d'oublier son rêve de travailler en Afrique, l'infirmière s'est aussi engagée bénévolement pendant 15 ans dans le Réseau francophone international pour la promotion de la santé (REFIPS) et au Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF). Dans le cadre de ses mandats, Johanne Lessard a, entre autres, formé des infirmières en Afrique en promotion de la santé et participé à la rédaction d'une prise de position conjointe (REFIPS-SIDIIEF) sur la mise en valeur de la santé et du rôle infirmier.

Depuis plus de 40 ans, Johanne Lessard met son leadership mobilisateur et sa volonté de valoriser et de transmettre le savoir infirmier au service de l'amélioration de la santé. •



La FIQ est heureuse de souligner le travail exceptionnel des infirmières de la catégorie «Relève» des prix Florence.

FÉLICITATIONS AUX FINALISTES DES PRIX FLORENCE 2022!

**INFIRMIÈRES | INFIRMIÈRES AUXILIAIRES |
PERFUSIONNISTES CLINIQUES | INHALOTHÉRAPEUTES**



FIQ | SECTEUR PRIVÉ

fiqsante.qc.ca

— Relève



RAHMA BEN SALEM,
inf., M. Sc. inf.
Infirmière clinicienne, équipe volante, mère-enfant
Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Auxiliaire d'enseignement
Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières
Chargée de cours en soins infirmiers
Collège de Bois-de-Boulogne



STEPHANIE BUMBA,
inf., B. Sc. inf., M. Sc. adm (c.)
Infirmière clinicienne
Centre universitaire de santé McGill – Hôpital Royal
Victoria



MARIE-ÈVE CARON,
inf., B. Sc. inf., M. Sc. inf. (c.)
Directrice générale fondatrice
SantéFamille
Chargée de cours
Université du Québec à Rimouski

C'est au fil d'une expérience de trois ans de bénévolat en gériatrie à l'Hôpital général de Montréal que Rahma Ben Salem, alors étudiante au cégep, découvre les soins infirmiers. En observant les équipes médicales, la jeune femme remarque que les infirmières sont les plus près des patients et qu'elles ont une approche holistique des soins, ce qui la convainc d'en faire sa profession.

Après son baccalauréat, elle poursuit une maîtrise en sciences infirmières, option formation, car elle croit en la force des connaissances comme vecteur de changement. Tout en travaillant à titre d'infirmière clinicienne à l'unité mère-enfant du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), elle amorce donc une carrière d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, puis au Collège de Bois-de-Boulogne.

Si la proximité avec les patients reste son principal moteur sur le plan de la pratique, le soutien de ses pairs est presque aussi cher à son cœur. Désireuse de laisser sa marque, à l'image des mentors qui l'ont guidée et inspirée, Rahma Ben Salem s'est engagée au sein du programme Pairs aidants en sciences infirmières de l'Université de Montréal et du Comité relève infirmière du CHUM. Elle a également été coordonnatrice aux affaires externes de l'Association étudiante des cycles supérieurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Son parcours inspirant a déjà été récompensé de plusieurs prix pour la relève.

Pas de doute, Rahma Ben Salem a déjà l'étoffe d'une grande infirmière. •

Passionnée de vulgarisation, de communication et de biologie, Stephanie Bumba s'est tournée vers les sciences infirmières, une profession qui répondait aux volets social et scientifique de sa personnalité. Aujourd'hui infirmière clinicienne à l'unité postpartum du Centre universitaire de santé McGill, elle parfait ses connaissances à la maîtrise en administration des services de santé à l'Université de Montréal.

Soucieuse de faire une différence partout où elle passe, Stephanie Bumba s'est impliquée dès le début de ses études au sein de l'Association étudiante de la Faculté des sciences infirmières et de l'Association africaine de l'Université de Montréal. Cette infirmière engagée souhaite aussi s'affirmer comme scientifique, et démontrer le rôle important des infirmières dans la recherche, la politique, la société et la science autant qu'auprès des patients.

Actrice de changement, elle a mené de multiples projets pour vulgariser et communiquer l'apport à la science des personnes afrodescendantes, souvent absentes des livres scolaires. Son désir de les faire connaître et reconnaître l'a poussée à créer la websérie *Ces afroscientifiques d'hier à aujourd'hui* sur sa chaîne YouTube, à publier des lettres ouvertes et à intervenir dans les médias, en plus de donner des conférences dans les écoles et à l'université. Elle est également la première infirmière à écrire des articles pour le Centre des sciences de Montréal.

Grâce à ses compétences culturelles, Stephanie Bumba espère devenir une gestionnaire à l'écoute de la diversité et apporter une vision renouvelée du système de santé. •

Pendant ses études, Marie-Ève Caron saisit très vite, grâce à une première expérience de travail en unité de psychiatrie, ce qui la captive dans sa profession. À la même période, l'un de ses proches fait face à un diagnostic de santé mentale. Sa mission se clarifie : démystifier les problèmes de santé mentale afin d'outiller les patients et leurs proches, dans un contexte de besoins grandissants et de pénurie de personnel.

Sa découverte de l'approche du partenariat patient est déterminante. Conquise par l'idée que les patients peuvent faire partie, à titre d'intervenants, de l'équipe soignante d'un autre patient, elle entame à la maîtrise un travail de recherche sur ce sujet, avec l'ambition de poursuivre jusqu'au doctorat.

En 2020, elle devient chargée de cours afin de communiquer sa passion aux étudiantes au baccalauréat en sciences infirmières. Sa détermination l'amène à étendre davantage sa pratique en fondant l'organisme à but non lucratif SantéFamille, une ressource en ligne à portée éducative entièrement gratuite, destinée aux familles d'une personne vivant avec un problème de santé mentale, qui mise sur l'échange d'expériences et l'apprentissage.

Bien qu'elle se consacre actuellement à ce projet, à la recherche et à l'enseignement, elle profite des étés pour retourner en milieu clinique, où elle développe des pratiques innovantes. Elle a su, par exemple, implanter la télépsychiatrie au CISSS des Îles, aux Îles-de-la-Madeleine, à l'été 2021.

Que ce soit par son engagement politique sur les réseaux sociaux ou par ses diverses implications, Marie-Ève Caron a à cœur de faire briller l'expertise infirmière. •

MERCI AUX INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS!

La Fondation de l'OIIQ remercie les membres qui ont fait un don lors de l'inscription au Tableau 2022-2023.

Ils contribuent à soutenir la poursuite aux études des infirmières et infirmiers dans toutes les régions du Québec, ainsi que le développement professionnel en facilitant l'acquisition de compétences approfondies en soins infirmiers.

Découvrez comment la Fondation soutient le développement de la profession à fondationoiiq.org.



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Prix Florence

Fierté infirmière

CISSS de Lanaudière

Johanne Lessard

Finaliste dans la catégorie
« Promotion de la santé »



Yannick Mélançon Laitre

Finaliste dans la catégorie
« Engagement professionnel »



**Votre expertise en
impressionne plus d'un.
8 millions pour être plus précis.**

Tout le Québec vous remercie.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

OIIQ.org

 TD Assurance

 BANQUE
NATIONALE



La télésurveillance : une partie de la solution pour répondre à la demande croissante de soins à domicile?

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est un enjeu majeur pour les soins en santé et pour la profession infirmière. Les personnes atteintes de maladies chroniques nécessitent une surveillance infirmière étroite. La télésurveillance, composante de la télésanté, a le potentiel d'améliorer et de bonifier la pratique infirmière à domicile dans leur accompagnement et leur suivi. Ainsi, quelle place pourrait-on accorder à la télésurveillance pour soutenir le rôle infirmier dans ce type de soins? Quels en seraient les bénéfices et les enjeux?

par **PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D.** et **CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D. (c.)**

Le vieillissement de la population est associé à une prévalence élevée de maladies chroniques et de comorbidités, ce qui induit une pression significative sur la demande en soins de santé. Ce message a été martelé à plusieurs reprises au courant de la dernière décennie. Concrètement, plus de 40 000 personnes au Québec sont en attente pour des soins à domicile (Duchaine, 2021). Il importe donc de répondre à leurs besoins immédiats et de réfléchir à la façon de faire face à la demande croissante de ces soins, qui doublera au courant des 10 prochaines années (Association médicale canadienne [AMC], 2021). Il semble incontournable de s'intéresser à la place que pourrait occuper la télésurveillance pour soutenir le rôle infirmier dans les soins à domicile. Est-ce que la télésurveillance est efficace? Quels sont ses enjeux d'implantation et d'application? Les technologies à domicile représentent-elles un réel potentiel?

La télésurveillance se définit comme la surveillance de paramètres cliniques d'un usager à distance et la transmission électronique de ces données à un professionnel de la santé (Centre de coordination en télésanté, 2020). Utilisée dans le suivi des usagers atteints de maladies chroniques, la télésurveillance permet à un professionnel de la santé de faire le suivi de cette clientèle à distance et d'effectuer le monitoring de plusieurs paramètres cliniques (ex. : pression artérielle, valeurs de glycémie,

saturation en oxygène, poids) sur une base quotidienne et de recevoir en temps réel ces données sur leur état de santé.

Compte tenu du vieillissement de la population, de la prévalence croissante des maladies chroniques, du manque d'accès aux soins à domicile et du rôle de l'infirmière qui consiste à « exercer une surveillance clinique, [...] le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » (OIIQ, 2016), il est fondamental d'explorer le potentiel de la télésurveillance dans la pratique infirmière à domicile.

TÉLÉSURVEILLANCE ET MALADIES CHRONIQUES

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux effets de la télésurveillance dans la gestion des maladies chroniques chez des personnes vivant à leur domicile. D'abord, la télésurveillance a été associée à une diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations (Hong et Lee, 2019; Lyth et al., 2021; Mirón Rubio et al., 2018), et ce, particulièrement chez les usagers atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sévère (Hong et Lee, 2019). La télésurveillance a également permis une diminution de la durée des hospitalisations (Esteban et al., 2016; Kamei et al., 2013) ainsi qu'une réduction des exacerbations des symptômes respiratoires chez les usagers atteints d'une MPOC, lorsque la télésurveillance

était effectuée pendant au moins six mois (Sul, Lyu et Park, 2020). De façon similaire, une réduction de la mortalité, du nombre d'hospitalisations et de la durée des hospitalisations a été observée chez les usagers atteints d'insuffisance cardiaque (IC) (Bashi et al., 2017; Comin-Colet et al., 2016; Kitsiou, Paré et Jaana, 2015). De plus, la télésurveillance a entraîné des effets psychologiques positifs chez les usagers atteints d'une MPOC, d'IC et de diabète, tels qu'une diminution de l'anxiété (Bohingamu Mudiyansele et al., 2019; McDowell et al., 2015; Villani et al., 2014), de la dépression (Bohingamu Mudiyansele et al., 2019) et des symptômes dépressifs (Koehler et al., 2021; Villani et al., 2014). Une amélioration de la qualité de vie a aussi été rapportée dans plusieurs études (Inglis et al., 2015; McDowell et al., 2015; Michaud et al., 2021). Finalement, un impact positif de la télésurveillance sur l'adhésion aux traitements a été démontré chez les usagers atteints de diabète (Andrès et al., 2021; Michaud et al., 2021) et d'IC (Boyne et al., 2014; Villani et al., 2014).

Par ailleurs, la télésurveillance permet d'augmenter le sentiment de confiance et de compétence, notamment dans l'autogestion de la maladie et de la vie quotidienne, chez les usagers atteints d'une MPOC (Hooas et al., 2016) et de diabète (Bohingamu Mudiyansele et al., 2019). Des résultats similaires ont été observés chez les usagers atteints d'IC. En effet, la télésurveillance a été associée à une amélioration des connaissances sur l'IC et des auto-soins (Boyne et al., 2014; Inglis et al., 2015). D'ailleurs, certaines études ont fait état d'une amélioration de la confiance des usagers atteints d'IC à effectuer leurs auto-soins (Chow et al., 2020), notamment dans leur capacité à évaluer et à traiter leurs symptômes, de même qu'à mesurer l'efficacité des mesures prises pour traiter ces symptômes (Jaana, Sherrard et Paré, 2019). De façon complémentaire, la télésurveillance entraîne une augmentation de la responsabilisation de la personne par la promotion de l'autogestion et l'encouragement d'une plus grande participation à la prise de décision médicale (Commission de l'éthique en science et en technologie [CEST], 2014). En effet, l'échange des paramètres cliniques par le biais de la technologie permet à l'utilisateur de suivre sa condition de santé. Elle permet également aux professionnels d'effectuer une surveillance plus étroite des usagers et d'avoir un portrait plus détaillé de l'état de santé de la personne soignée qu'avec les soins usuels, ce qui favorise des approches proactives dans la prise en charge (Fairbrother et al., 2014). Le cas échéant, grâce à la télésurveillance, le professionnel de la santé est en mesure de faire un suivi et d'intervenir rapidement si la situation se détériore (Mathieu et Langué Dubé, 2017). Ainsi, l'amélioration de la communication entre l'utilisateur et le professionnel de la santé représente un effet favorable de la télésurveillance (Parati et al., 2018), puisqu'elle permet une transmission plus efficace de l'information.

De façon plus ciblée, des études ont démontré que la télésurveillance avait un impact positif sur plusieurs comorbidités (hypertension artérielle, poids, dyslipidémie) chez les usagers atteints de diabète. Dans le même sens, plusieurs études ont démontré que la télésurveillance entraînait une amélioration de la glycémie (Andrès et al., 2021) ainsi qu'une diminution de l'hémoglobine glyquée (Lee et al., 2017; Tchero et al., 2019; Warren et al., 2018). À cet effet, les résultats d'une étude démontrent que la télésurveillance comprenant la transmission mobile automatique ou une rétroaction en temps réel entraîne une amélioration plus significative de l'hémoglobine glyquée (Michaud et al., 2021). De plus, il semblerait que cette amélioration soit supérieure chez les usagers souffrant de diabète de type 2 en comparaison avec ceux ayant un diabète de type 1 (Tchero et al., 2019).

Enfin, la télésurveillance a été associée à une diminution des coûts liés à la mobilisation des services de santé chez les usagers atteints d'une MPOC (Bohingamu Mudiyansele et al., 2019; Mirón Rubio

et al., 2018). Une étude réalisée en Espagne a notamment estimé que la télésurveillance permettait de réduire annuellement les coûts liés à l'utilisation des ressources de santé de 2 721 \$ par personne. Chez les usagers atteints d'IC, quelques études ont démontré que la télésurveillance améliorait le rapport coût-efficacité et diminuait les coûts liés aux soins (Grustam et al., 2018; Inglis et al., 2015; Maeng et al., 2014). En effet, Grustam et al. (2018) ont démontré que la télésurveillance combinée à un suivi téléphonique effectué par une infirmière était moins coûteuse que les soins usuels dans la prise en charge des usagers atteints d'IC. Dans le même sens, la réduction significative des taux d'hospitalisation et de réadmission des usagers atteints d'IC permettrait de réaliser une économie d'environ 11 % selon Maeng et al. (2014). Des résultats similaires ont été observés auprès des usagers diabétiques de type 2 (Warren et al., 2018).

Il semble donc que ces données scientifiques appuient l'intégration de la télésurveillance clinique dans la pratique infirmière du soutien à domicile. Or, force est de constater qu'au Québec, la télésurveillance en est encore à ses balbutiements. Prise en compte des expériences internationales dans l'exploration de cette avenue serait le gage d'une intégration efficace.

TÉLÉSURVEILLANCE ET ENJEUX

Bien que la télésurveillance engendre de nombreux effets positifs chez les usagers atteints de maladies chroniques, il reste néanmoins certains enjeux à considérer.

Enjeux liés aux infrastructures

D'abord, il importe de prévoir les infrastructures (réseau mobile, Internet, maisons connectées, etc.) nécessaires pour permettre l'utilisation de la télésurveillance, du côté tant du domicile de l'utilisateur que de l'établissement de santé (Broens et al., 2007; Parati et al., 2018). Les coûts qui y sont associés, liés principalement aux investissements de départ et à la maintenance du système opérationnel (Broens et al., 2007), doivent être considérées et définies par l'utilisateur et le fournisseur. Une planification rigoureuse à ce sujet doit donc être réalisée par les services d'approvisionnement et d'informatique. Cela dit, l'implication des usagers et du personnel infirmier est essentielle dès cette étape afin de bien adapter l'équipement acquis à leurs besoins.

Enjeux cliniques

Les paramètres consignés et transmis électroniquement aux professionnels peuvent parfois indiquer une altération importante de l'état de santé de l'utilisateur, et donc une nécessité d'intervenir rapidement. La responsabilité des professionnels associée à la gestion des paramètres et à la sécurité des usagers peut constituer une source de stress. Ainsi, il est conseillé de prévoir des directives cliniques claires, décrivant la responsabilité des professionnels ainsi que des suggestions d'interventions à mettre en place pour répondre à des paramètres cliniques anormaux (Li et al., 2021). Le fait que le Québec possède le service d'Info-Santé est possiblement un avantage à considérer dans l'établissement de la structure clinique et communicationnelle de la télésurveillance.

Enjeux éthiques

Plusieurs enjeux éthiques doivent être discutés dans une perspective d'implantation de système de télésurveillance, laquelle requiert d'abord un partage accru d'informations et de données de santé personnelles et sensibles. Ces données doivent être acheminées, stockées et disponibles sur une longue période (CEST, 2014). Ainsi, le respect de la vie privée, la confidentialité et la sécurité des données doivent être garantis. Par conséquent, il est impératif de prévoir des procédures sécurisées de transfert des données, telles que des balises technologiques (données cryptées, contrôle des droits d'accès, protocole

Tableau 1
RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX ENJEUX ET DES STRATÉGIES LIÉS À LA TÉLÉSURVEILLANCE

ENJEUX	STRATÉGIES
Liés aux infrastructures	<p>Installation</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir l'installation et la disponibilité des infrastructures (réseau mobile, Internet, maisons connectées, etc.) nécessaires au domicile des usagers et dans les établissements de santé. <p>Coût</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir les coûts liés à l'installation par l'utilisateur et le fournisseur. Considérer le principe éthique de l'accessibilité. Impliquer les usagers et le personnel infirmier afin que l'équipement soit bien adapté à leurs besoins.
Cliniques	<p>Surveillance clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir des directives cliniques claires à l'intention des professionnels de la santé afin qu'ils puissent répondre à des paramètres cliniques anormaux.
Éthiques	<p>Accessibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecter le principe éthique de l'accessibilité, soutenant qu'aucun groupe ou individu ne devrait être limité dans son accès aux soins de santé pour des raisons financières. <p>Respect de la vie privée et de la confidentialité</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir des balises normatives (codes de déontologie professionnelle, secret professionnel, entente de confidentialité, etc.) pour veiller à la confidentialité des données et au respect de la vie privée des usagers. <p>Sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> Prévoir des mécanismes sécurisés de transferts des données, tels que des balises technologiques (données cryptées, contrôle des droits d'accès, protocole d'identification, etc.). <p>Consentement</p> <ul style="list-style-type: none"> Obtenir le consentement libre et éclairé des usagers. <p>Bienfaisance et non-malfaisance</p> <ul style="list-style-type: none"> S'assurer que les soins fournis équivalent minimalement aux soins rendus en personne. Veiller à ce que les bénéfices associés à l'utilisation de la télésurveillance surpassent les risques y étant associés.

d'identification, etc.) (Broens et al., 2007; CEST, 2014). Des balises normatives (codes de déontologie professionnelle, secret professionnel, entente de confidentialité, etc.) doivent également être établies, pour veiller à la confidentialité des données et au respect de la vie privée des usagers par les professionnels de la santé ayant accès aux données sensibles (CEST, 2014).

De plus, le consentement libre et éclairé de l'utilisateur doit être obtenu comme pour toute autre intervention en matière de santé (CEST, 2014). Dans le contexte particulier de la télésanté, des informations sur les conséquences de l'utilisation de la technologie doivent être fournies (CEST, 2014). Le principe de télésurveillance repose sur l'universalité de l'accès aux soins de santé (CEST, 2014). De ce fait, aucun groupe ou individu ne doit être limité dans son accès aux soins de santé, tels que la télésurveillance, en raison notamment de son incapacité à payer. Ce principe doit être pris en considération dans le calcul des coûts du système de surveillance.

Enfin, les bénéfices associés à l'utilisation de la télésurveillance devraient surpasser les risques. En plus de ne pas engendrer d'effets négatifs sur les usagers, la télésurveillance devrait minimalement permettre de prodiguer une qualité de soins équivalente aux soins usuels.

Le **Tableau 1** présente un résumé des principaux enjeux à considérer lors de l'implantation et de l'utilisation de la télésurveillance, ainsi que les stratégies à privilégier pour répondre à ces enjeux.

IMPLANTATION D'UN SYSTÈME DE TÉLÉSURVEILLANCE

Plusieurs éléments influent sur l'implantation de la télésurveillance ainsi que sur l'adhésion des usagers. Par conséquent, il s'avère important de tenir compte de ces éléments lors du déploiement d'un système de télésurveillance.

Premièrement, la conception du système de télésurveillance devrait se baser sur des données probantes et sur les besoins des usagers et des professionnels, puisque ce sont eux qui utiliseront le système (Broens et al., 2007; Lang et al., 2020). Il est recommandé que le système de télésurveillance dans lequel les usagers consignent et acheminent leurs données cliniques soit le plus facile et simple possible à utiliser (Broens et al., 2007; Gorst et al., 2014). En effet, les problèmes techniques avec le système de télésurveillance ainsi qu'une mauvaise connexion Internet peuvent entraîner le désistement de l'utilisateur (Broens et al., 2007; Gorst et al., 2014; Lang et al., 2020). Il est aussi conseillé de favoriser l'utilisation de paramètres personnalisés et personnalisables par l'utilisateur (Broens et al., 2007; Wood, Boulanger et Padwal, 2017). Le système de télésurveillance devrait être spécifiquement adapté au milieu de vie à domicile et aux capacités cognitives et physiques des usagers, et ce, particulièrement lorsqu'ils sont âgés (Li et al., 2021). Cette manière de concevoir le système de télésurveillance favorise l'acceptabilité du système et augmente ainsi les chances qu'il soit accepté et apprécié des usagers et du fournisseur. À titre d'exemple, l'arrivée des assistants vocaux vient démocratiser l'accès à la télésurveillance clinique pour les usagers, puisque l'ensemble des communications se fait alors verbalement et non par écrit dans un environnement numérique.

De plus, il est important de fournir du soutien technique à l'utilisateur du système de télésurveillance (Broens et al., 2007; Wood et al., 2017), notamment sur la façon d'installer et de faire fonctionner le système de télésurveillance, ainsi que sur la façon de gérer les erreurs et les situations problématiques (Broens et al., 2007). Il est recommandé de prévoir une ou plusieurs personnes-ressources, disponibles en tout temps, pour répondre aux questions de l'utilisateur (Lang et al., 2020). Le manque d'assistance

Tableau 2
LE STANDARD DU SUIVI POUR UN AÎNÉ ATTEINT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE

EXAMEN CLINIQUE (ANAMNÈSE)	
ÉLÉMENTS À ÉVALUER	EXEMPLES DE QUESTION
Respiration (jour et nuit)	<ul style="list-style-type: none"> Est-ce que vous respirez facilement pendant la journée et pendant la nuit? Vous sentez-vous fréquemment essoufflé?
Toux (jour et nuit)	<ul style="list-style-type: none"> Toussez-vous pendant la journée ou pendant la nuit?
Étourdissements	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous des étourdissements?
Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous un bon sommeil?
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> Vous sentez-vous fatigué? Quel est votre niveau d'énergie?
DRS (douleur rétrosternale)	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous par moments des douleurs à la poitrine?
Digestion	<ul style="list-style-type: none"> Votre digestion se fait-elle normalement? Avez-vous bon appétit? Avez-vous des ballonnements, des nausées?
Élimination urinaire et fécale	<ul style="list-style-type: none"> Urinez-vous normalement? Urinez-vous beaucoup la nuit? Avez-vous des difficultés sur le plan de l'élimination intestinale? Avez-vous de la constipation?
Anxiété liée à la maladie cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> Votre santé cardiaque vous inquiète-t-elle?
EXAMEN PHYSIQUE	
ÉLÉMENTS À ÉVALUER	EXEMPLES D'ACTION
Inspection	<p>L'infirmière doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'état de conscience et l'attention. Quantifier l'essoufflement selon la classification de la New York Heart Association. Évaluer l'orthopnée et la toux. Repérer la détresse circulatoire : cyanose, teint (pâleur, grisâtre). Déterminer le poids de la personne (alerte clinique : 1,3 kg (3 lb)/48 h ou 2,3 kg (5 lb)/1 semaine). Mesurer la pression veineuse jugulaire.
Palpation	<p>L'infirmière doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vérifier la présence d'un œdème des membres inférieurs en pressant fermement pendant 5 secondes à la base des mollets : si l'ainé est alité, vérifier le sacrum. <ul style="list-style-type: none"> S'il y a présence d'œdème, en déterminer la profondeur (en centimètres), le temps de résorption (en secondes) et la circonférence (en centimètres). Évaluer la température des membres inférieurs (tièdes, chauds ou froids) et leur moiteur (humides ou secs), et noter toute différence entre les deux membres. Vérifier les signes vitaux.
Auscultation	<p>L'infirmière doit se concentrer sur les foyers d'auscultation suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Foyer aortique : <ul style="list-style-type: none"> Résultat normal : B1 et B2; Résultat anormal : souffle. Foyer mitral : <ul style="list-style-type: none"> Résultat normal : B1 et B2; Résultats anormaux : souffle, B3 et/ou B4 (ces derniers sont aussi nommés « bruits de galop »).

Source : Tableau tiré de Voyer, 2017.



La FIQ, mobilisée pour défendre vos conditions de travail

Infirmières | Infirmières auxiliaires | Inhalothérapeutes | Perfusionnistes cliniques

fiq **fiqp**
FIQ | SECTEUR PRIVÉ

Figure 1
EXEMPLES D'OBJETS TECHNOLOGIQUES EN SANTÉ



Assistant vocal



Montre connectée



Balance connectée

ainsi que les situations problématiques lors de l'utilisation du système entraînent souvent une démotivation et une forte probabilité d'abandon de la part des usagers (Broens et al., 2007). Enfin, ces derniers sont parfois peu à l'aise avec la technologie en raison de leur manque de connaissances et de compétences à ce sujet, ce qui crée un stress et une anxiété associés à l'utilisation de la télésurveillance (Lang et al., 2020; Or et Karsh, 2009; Sanders et al., 2012). Ce faisant, il est conseillé d'offrir une formation aux usagers ainsi qu'aux professionnels de la santé sur le fonctionnement du système de télésurveillance (Broens et al., 2007; Wood et al., 2017).

À ce propos, l'implantation d'un tel système devrait toujours être accompagnée en amont d'un enseignement du professionnel de la santé envers l'utilisateur sur l'importance de la surveillance clinique de son état de santé, afin

de prévenir des exacerbations de la maladie. En effet, l'importance qu'accordent les usagers à la consignation et au suivi de leurs paramètres cliniques influence leur adhésion à la télésurveillance. Certains usagers ne perçoivent pas la plus-value de la télésurveillance, jugeant qu'elle n'est pas nécessaire (Gorst et al., 2014). Ces derniers peuvent avoir une méconnaissance de l'importance de la détection et du contrôle des facteurs de risque (Lang et al., 2020; Parati et al., 2018; Subramanian et al., 2004). De ce fait, si les usagers ne comprennent pas l'importance de la surveillance clinique effectuée à l'aide de la télésurveillance et n'y voient pas de bénéfices, l'adhésion sera faible. C'est pourquoi il est conseillé d'accompagner la télésurveillance d'un enseignement sur la prise en charge, le suivi et la prévention des exacerbations des maladies chroniques.



Centre d'Accueil Marcelle-Ferron et l'Accueil Du Rivage

Viens faire la différence!

- Situés sur la Rive-Sud de Montréal, nous recrutons des infirmières auxiliaires et des assistantes infirmières-chefs.
- Mêmes conditions de travail que le RSSS.
- Pas de TSO.

Postulez à dotation.camf16@ssss.gouv.qc.ca
Téléphone: 450 923-1430 poste 5111



Enfin, l'implantation de la technologie devrait s'imbriquer dans la structure organisationnelle existante (Li et al., 2021; Wood et al., 2017). Bien que l'intégration de la télésurveillance puisse nécessiter des modifications de certaines pratiques, le respect des pratiques déjà en place ainsi que l'adaptation du système de télésurveillance à ces pratiques sont souhaitables pour favoriser l'acceptabilité du système. Des politiques et des lois devraient être impérativement prévues pour soutenir et encadrer l'utilisation du système de télésurveillance (Wood et al., 2017).

QUEL EST LE POTENTIEL DES TECHNOLOGIES POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE DANS LES SOINS À DOMICILE?

Afin d'illustrer le potentiel des technologies, et plus précisément de la télésurveillance pour la pratique infirmière dans les soins à domicile, prenons l'exemple d'un aîné atteint d'insuffisance cardiaque. Actuellement, les visites de l'infirmière à domicile permettent d'effectuer un examen clinique de l'utilisateur et de déterminer l'intervalle nécessaire avant le prochain suivi. Le standard de suivi d'un aîné atteint d'insuffisance cardiaque est présenté dans le **Tableau 2**. Toutefois, entre les visites de l'infirmière, il n'y a aucun suivi ou presque effectué auprès de l'utilisateur. Ce dernier est parfois sollicité pour surveiller certaines variables (ex. : pression artérielle, fréquence cardiaque, poids), mais cette surveillance fluctue considérablement entre les usagers. La qualité des données cliniques consignées par l'utilisateur est instable et elles ne sont pas toujours transmises à l'infirmière. De plus, l'intervalle de suivi déterminé par l'infirmière peut changer. Par exemple, l'état de l'utilisateur peut se détériorer entre-temps et nécessiter une visite plus rapide. À l'opposé, l'état clinique de l'utilisateur peut être stable et permettre un suivi ultérieur à la date prévue. Dans les deux cas, il devient difficile pour l'infirmière de prévoir ses visites au moment opportun, selon l'état de santé de l'utilisateur, en vue d'optimiser ses activités cliniques.

La technologie a le potentiel de soutenir le suivi clinique infirmier des usagers qui résident à domicile. Des exemples d'objets technologiques sont présentés à la **Figure 1**.

La logique soutenant l'utilisation de la technologie est d'utiliser des objets connectés afin de collecter les mêmes données que celles normalement consignées et incluses dans l'évaluation clinique de l'infirmière. Par exemple, l'assistant vocal permet de poser les questions concernant l'anamnèse à l'utilisateur entre les visites de l'infirmière à domicile, pour pouvoir dépister une décompensation de la condition cardiaque. L'utilisation d'un pilulier électronique permet de rappeler à l'utilisateur de prendre sa médication et d'aviser l'infirmière si l'utilisateur ne le fait pas. La montre connectée permet de consigner des paramètres biologiques objectifs tels que la pression sanguine, la saturation en oxygène et la fréquence cardiaque. Enfin, la balance électronique permet de consigner le poids de l'utilisateur et de le transmettre à l'infirmière si la pesée est anormale. L'objectif derrière l'utilisation de ces objets technologiques connectés est d'obtenir les paramètres cliniques en temps réel sur une seule et unique plateforme. Celle-ci permettrait également de compiler les paramètres collectés par l'infirmière lors de ses visites à domicile, afin d'avoir un portrait global de la condition cardiaque de l'utilisateur en temps réel. La consignation automatisée de l'ensemble de ces paramètres dans un dossier électronique permet à l'infirmière d'assurer un suivi clinique serré, de prendre des décisions éclairées et d'ajuster ses interventions en avançant ou en retardant ses visites au domicile de l'utilisateur en fonction de son état de santé.

À titre d'exemples, l'assistant vocal pourrait poser les questions de l'anamnèse à l'utilisateur et consigner ses réponses, soit qu'il se sent plus essoufflé, fatigué et étourdi depuis les derniers jours. Les données consignées par le pilulier électronique indiqueraient que l'utilisateur ne prend pas ses médicaments le matin depuis les deux derniers jours, y compris un diurétique. Les données collectées par la montre connectée révéleraient une fréquence cardiaque supérieure à la normale. Enfin, la balance électronique signalerait une prise de poids cliniquement significative dans la dernière semaine. L'ensemble de ces données indique qu'il y a un risque d'une décompensation de la condition cardiaque de l'utilisateur qui requiert une intervention infirmière en vue de prévenir une hospitalisation imminente. L'infirmière pourra alors intervenir adéquatement et devancer sa visite au domicile de l'utilisateur.

À l'inverse, lors de sa planification des visites, l'infirmière pourrait regarder sur la plateforme l'ensemble des paramètres cliniques consignés de ses usagers et analyser ces données. Si, pour un usager, tous les paramètres sont normaux, elle pourrait activer la validation de l'état normal avec l'assistant vocal. Ce dernier pourrait valider les données objectives mesurées et demander à l'utilisateur s'il consent à ce que son rendez-vous soit déplacé au mois prochain. Si l'utilisateur se sent bien et ne ressent pas le besoin de la visite de l'infirmière, il pourrait répondre positivement à cette demande. À l'opposé, même si ses paramètres physiologiques sont normaux, il pourrait tout de même dire qu'il ne veut pas déplacer la rencontre, car il a d'autres préoccupations dont il aimerait discuter avec l'infirmière. Cette dernière pourrait donc déplacer ou non sa visite.

Dans les deux cas, des avantages sont manifestes. Si la situation requiert que l'infirmière devance sa visite, elle permettra possiblement d'éviter que l'utilisateur soit hospitalisé. Si la situation permet qu'elle retarde sa visite, l'économie de temps créée lui permettra de visiter un autre usager qui requiert des soins, sans compromettre la sécurité des autres usagers. Elle augmentera par la même occasion l'accès aux soins infirmiers à domicile.

Dans le contexte où plus de 40 000 personnes sont en attente de soins et de services du soutien à domicile (SAD), la télésurveillance permettrait probablement de bonifier l'offre du soutien à domicile pour mieux choisir qui devrait recevoir des soins, à quel moment et à quelle fréquence.

EN CONCLUSION

La télésurveillance représente une avenue technologique à explorer pour le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques. Elle permet notamment d'améliorer le contrôle des facteurs de risque et l'état de santé des usagers. Par ailleurs, il importe de tenir compte des enjeux organisationnels, financiers et éthiques qui accompagnent ce type de technologie. Plusieurs facteurs doivent également être pris en considération lors du déploiement d'un système de télésurveillance afin de l'implanter de façon optimale tant pour les organisations, les professionnels de la santé que les usagers. Dans tous les cas, cet outil technologique doit être utilisé avec prudence et ne jamais prendre le pas sur le jugement clinique de l'infirmière, qui demeure prioritaire en tout temps. ●

LES AUTEURS

PHILIPPE VOYER

Inf., Ph. D.

Professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval.

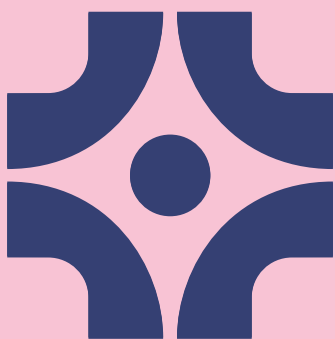
CAMILLE SAVOIE

Inf., Ph. D. (candidate)

Étudiante au programme de doctorat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval.

RÉFÉRENCES

- Andrés, E., Meyer, L., Zulfiqar, A.A., Hajjam, M., Talha, S., ... Hajjam El Hassani, A. (2019). «Telemonitoring in diabetes: Evolution of concepts and technologies, with a focus on results of the more recent studies». *Journal of Medicine and Life*, 12(3), 203-214. Repéré à <https://doi.org/10.2512/jml-2019-0006>
- Association médicale canadienne (AMC). (2021). «Crise des soins aux aînés au Canada – Répondre à une demande deux fois plus grande». Repéré à <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/health-advocacy/activity/CMA-LTC-Deloitte-Report-FR.pdf>
- Bashi, N., Karunanithi, M., Fatehi, F., Ding, H. et Walters, D. (2017). «Remote monitoring of patients with heart failure: An overview of systematic reviews». *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e18. Repéré à <https://doi.org/10.2196/jmir.6571>
- Bohingamu Mudiyansele, S., Stevens, J., Watts, J.J., Toscano, J., Kotowicz, M.A., ... Hayles, R. (2019). «Personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 343-352. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X18775850>
- Boyne, J.J., Vrijhoef, H.J.M., Spreeuwenberg, M., De Weerd, G., Kragten, J. et Gorgels, A.P.M. (2014). «Effects of tailored telemonitoring on heart failure patients' knowledge, self-care, self-efficacy and adherence: A randomized controlled trial». *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 243-252. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1474515113487464>
- Broens, T.H., Huis in't Veld, R.M., Vollenbroek-Hutten, M.M., Hermens, H.J., van Halteren, A.T. et Nieuwenhuis, L.J. (2007). «Determinants of successful telemedicine implementations: A literature study». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(6), 303-309. Repéré à <https://doi.org/10.1258/135763307781644951>
- Centre de coordination en télésanté. (2020). «La télésanté». Québec: CHU de Québec – Université Laval. Repéré à <https://www.telesantechuquebec.ca/index.php/la-teleante/#definition>
- Chow, W.L., Aung, C.Y.K., Tong, S.C., Goh, G.S., Lee, S., MacDonald, M.R., ... Erazo, F. (2020). «Effectiveness of telemonitoring-enhanced support over structured telephone support in reducing heart failure-related healthcare utilization in a multi-ethnic Asian setting». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(6), 332-340. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X18825164>
- Comin-Colet, J., Enjuanes, C., Verdú-Rotellar, J.M., Linas, A., Ruiz-Rodríguez, P., ... Bruguera, J. (2016). «Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 22(5), 282-295. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X15600583>
- Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST). (2014). «La télésanté clinique au Québec: un regard éthique». Québec: CEST.
- Duchaine, H. (2021). «41 000 Québécois en attente: les soins à domicile sortent en crise». *Journal de Montréal*. Repéré à <https://www.journaldemontreal.com/2021/06/15/les-soins-a-domicile-sont-en-crise>
- Esteban, C., Moraza, J., Iriberrí, M., Aguirre, U., Goiría, B., ... Capelastegui, A. (2016). «Outcomes of a telemonitoring-based program (telePOC) in frequently hospitalized COPD patients». *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11(1), 2919-2930. Repéré à <https://doi.org/10.2147/COPD.S115350>
- Fairbrother, P., Ure, J., Hanley, J., McCloughan, L., Denvir, M., ... McKinstry, B. (2014). «Telemonitoring for chronic heart failure: The views of patients and healthcare professionals – A qualitative study». *Journal of Clinical Nursing*, 23(1-2), 132-144. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.12137>
- Gorst, S.L., Armitage, C.J., Brownsell, S. et Hawley, M.S. (2014). «Home telehealth uptake and continued use among heart failure and chronic obstructive pulmonary disease patients: A systematic review». *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 323-336. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9607-x>
- Grustam, A.S., Severens, J.L., De Massari, D., Buyukkaramikli, N., Koymans, R. et Vrijhoef, H.J.M. (2018). «Cost-effectiveness analysis in telehealth: A comparison between home telemonitoring, nurse telephone support, and usual care in chronic heart failure management». *Value in Health*, 21(7), 772-782. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.11.011>
- Hoaa, H., Andreassen, H.K., Lien, L.A., Hjalmsen, A. et Zanaboni, P. (2016). «Adherence and factors affecting satisfaction in long-term telerehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A mixed methods study». *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16, 26. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0264-9>
- Hong, Y. et Lee, S.H. (2019). «Effectiveness of tele-monitoring by patient severity and intervention type in chronic obstructive pulmonary disease patients: A systematic review and meta-analysis». *International Journal of Nursing Studies*, 92, 1-15. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.006>
- Inglis, S.C., Clark, R.A., Dierckx, R., Prieto-Merino, D. et Cleland, J.G.F. (2015). «Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(CD007228). Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007228.pub3>
- Jaana, M., Sherrard, H. et Paré, G. (2019). «A prospective evaluation of telemonitoring use by seniors with chronic heart failure: Adoption, self-care, and empowerment». *Health Informatics Journal*, 25(4), 1800-1814. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1460458218799458>
- Kamei, T., Yamamoto, Y., Kajii, F., Nakayama, Y. et Kawakami, C. (2013). «Systematic review and meta-analysis of studies involving telehome monitoring-based telenursing for patients with chronic obstructive pulmonary disease». *Japan Journal of Nursing Science*, 10(2), 180-192. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2012.00228.x>
- Kitsiou, S., Paré, G. et Jaana, M. (2015). «Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: An overview of systematic reviews». *Journal of Medical Internet Research*, 17(3), e63. Repéré à <https://doi.org/10.2196/jmir.4174>
- Koehler, J., Stengel, A., Hofmann, T., Wegscheider, K., Koehler, K., ... Laufs, U. (2021). «Telemonitoring in patients with chronic heart failure and moderate depressed symptoms: Results of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF) study». *European Journal of Heart Failure*, 23(1), 186-194. Repéré à <https://doi.org/10.1002/ehf.2025>
- Lang, C., Voigt, K., Neumann, R., Bergmann, A. et Holthoff-Detto, V. (2020). «Adherence and acceptance of a home-based telemonitoring application used by multi-morbid patients aged 65 years and older». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 28(1), 37-51. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X20901400>
- Lee, S.W.H., Chan, C.K.Y., Chua, S.S. et Chaikunapruk, N. (2017). «Comparative effectiveness of telemedicine strategies on type 2 diabetes management: A systematic review and network meta-analysis». *Scientific Reports*, 7(1), 12680. Repéré à <https://doi.org/10.1038/s41598-017-12987-z>
- Li, J., Varnfield, M., Jayasena, R. et Celler, B. (2021). «Home telemonitoring for chronic disease management: Perceptions of users and factors influencing adoption». *Health Informatics Journal*, 27(1). Repéré à <https://doi.org/10.1177/1460458221997893>
- «Loi sur les services de santé et les services sociaux» (LSSSS), RLRQ, c. S-4.2.
- Lyth, J., Lind, L., Persson, H.L. et Wirén, A.-B. (2021). «Can a telemonitoring system lead to decreased hospitalization in elderly patients?». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(1), 46-53. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X19858178>
- Maeng, D.D., Starr, A.E., Tomcavage, J.F., Sciandra, J., Salek, D. et Griffith, D. (2014). «Can telemonitoring reduce hospitalization and cost of care? A health plan's experience in managing patients with heart failure». *Population Health Management*, 17(6), 340-344. Repéré à <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0107>
- Mathieu, A. et Langue Dubé, J.-A. (2017). «Qu'est-ce que la télésanté?». *Perspective infirmière*, 14(5), 50-51.
- McDowell, J.E., McClean, S., FitzGibbon, F. et Tate, S. (2015). «A randomised clinical trial of the effectiveness of home-based health care with telemonitoring in patients with COPD». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(2), 80-87. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X14566575>
- Michaud, T.L., Ern, J., Scoggins, D. et Su, D. (2021). «Assessing the impact of telemonitoring-facilitated lifestyle modifications on diabetes outcomes: A systematic review and meta-analysis». *Telemedicine and e-Health*, 27(2), 124-136. Repéré à <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0319>
- Mirón Rubio, M., Ceballos Fernández, R., Parras Pastor, I., Palomo Iloro, A., Fernández Félix, B.M., ... Alonso-Viteri, S. (2018). «Telemonitoring and home hospitalization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Study TELEPOC». *Expert Review of Respiratory Medicine*, 12(4), 335-343. Repéré à <https://doi.org/10.1080/17476348.2018.1442214>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec OIIQ (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers, 3^e édition. Montréal: OIIQ.
- Or, C.K. et Karsh, B.-T. (2009). «A systematic review of patient acceptance of consumer health information technology». *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16(4), 550-560. Repéré à <https://doi.org/10.1197/jamia.M2888>
- Parati, G., Dolan, E., McManus, R.J. et Omboni, S. (2018). «Home blood pressure telemonitoring in the 21st century». *Journal of Clinical Hypertension*, 20(7), 1128-1132. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jch.13305>
- Sanders, C., Rogers, A., Bowen, R., Bower, P., Hirani, S., ... Newman, S.P. (2012). «Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the Whole System Demonstrator trial: A qualitative study». *BMC Health Services Research*, 12, 220. Repéré à <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-220>
- Subramanian, U., Hopp, F., Lowery, J., Woodbridge, P. et Smith, D. (2004). «Research in home-care telemedicine: Challenges in patient recruitment». *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(2), 155-161. Repéré à <https://doi.org/10.1089/tmj.2004.10.155>
- Sul, A.-R., Lyu, D.-H. et Park, D.-A. (2020). «Effectiveness of telemonitoring versus usual care for chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(4), 189-199. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X18811757>
- Tchero, H., Kangambega, P., Briatte, C., Brunet-Houdard, S., Retali, G.-R. et Rusch, E. (2019). «Clinical effectiveness of telemedicine in diabetes mellitus: A meta-analysis of 42 randomized controlled trials». *Telemedicine and e-Health*, 25(7), 569-583. Repéré à <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0128>
- Villani, A., Malfatto, G., Compare, A., Della Rosa, F., Ballardita, L., ... Parati, G. (2014). «Clinical and psychological telemonitoring and telecare of high risk heart failure patients». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(8), 468-475. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X14555644>
- Voyer, P. (2017). «L'examen clinique de l'aîné – Guide d'évaluation et de surveillance clinique» (2^e éd.). Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Warren, R., Carlisle, K., Mihala, G. et Scuffham, P.A. (2018). «Effects of telemonitoring on glycaemic control and healthcare costs in type 2 diabetes: A randomised controlled trial». *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(9), 586-595. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1357633X17723943>
- Wood, P.W., Boulanger, P. et Padwal, R.S. (2017). «Home blood pressure telemonitoring: Rationale for use, required elements, and barriers to implementation in Canada». *Canadian Journal of Cardiology*, 33(5), 619-625. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.12.018>



Formation continue

Planifiez vos activités 2022

Près de 100 formations selon plusieurs modes d'enseignement, c'est ce que vous propose l'OIIQ pour mieux répondre à vos besoins de développement professionnel.

En salle

Avec formateur, en présentiel

Une formule classique et indémodable

À distance

Avec formateur, en virtuel

Un peu comme une formation en salle, mais sans déplacement

En ligne

Sans formateur, en virtuel

À faire de façon autonome, où vous le voulez, quand vous le voulez.

Articles-questionnaires

Sans formateur, en virtuel

Pour valider vos apprentissages après lecture d'articles
Perspective infirmière.

Découvrez les formations OIIQ

et inscrivez-vous sur oiiq.org/formation.

Cas clinique M. POULIOT

Vous êtes infirmière à l'urgence. Vous évaluez M. Pouliot, âgé de 55 ans, pour une douleur thoracique et de la dyspnée. Il est traité pour de l'hypertension artérielle et une dyslipidémie. Il a subi une appendicectomie à 29 ans. Il prend de l'Atorvastatine 40 mg per os die et de l'Indapamide 1,25 mg per os die.

Ses antécédents familiaux révèlent une maladie coronarienne athérosclérosante précoce chez son père. Dans le questionnaire, il indique que la douleur thoracique a débuté hier soir en se couchant. Depuis, elle est constante. Elle s'accompagne de dyspnée lorsqu'il monte des escaliers. M. Pouliot vous rapporte également qu'il se remet d'un gros rhume transmis par sa fille de 4 ans. Inquiet vu les antécédents de son père, il vous demande s'il fait un infarctus. Vous le rassurez en lui mentionnant que plusieurs autres causes peuvent produire une douleur thoracique, parmi elles, la péricardite. M. Pouliot n'en a jamais entendu parler. Il veut savoir si c'est fréquent et dangereux. Que lui répondez-vous ?

Reconnaître une péricardite, ça presse!

La péricardite est une affection fréquente et le plus souvent bénigne. Ses complications peuvent toutefois entraîner la mort. Sauriez-vous en reconnaître les signes ?

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 DÉCRIRE

la physiopathologie, les différentes étiologies et les complications de la péricardite.

02 RECONNAÎTRE

les signes et les symptômes cliniques de la péricardite et désigner les examens paracliniques associés.

03 EXPLIQUER

les investigations et les traitements à effectuer dans les cas de péricardite.

04 ÉNUMÉRER

les éléments de surveillance infirmière et d'enseignement au patient.

par **CLAUDIE ROUSSY**, inf., M. Sc., IPSSA, **CYNTHIA GIROUX**, inf., M. Sc., IPSSA, **ÉMILIE LACHARITÉ ST-LOUIS**, inf., M. Sc., IPSSA, et **PASCALE PELLERIN-HUET**, inf., M. Sc., IPSSA.

Révision scientifique : **Alain Vadeboncoeur**, M.D.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La péricardite aiguë est l'affection la plus fréquente du péricarde (Doctor et al., 2017), responsable de 0,20 % des admissions d'étiologie cardiovasculaire (Kytö, Sipilä et Rautava, 2014). Cette pathologie affecte davantage les hommes que les femmes et, plus particulièrement, les jeunes adultes (Kytö et al., 2014). Une prise en charge rapide et un suivi rapproché sont essentiels afin de soulager le patient et prévenir les complications. Plus de 10 à 30 % des patients répondant au traitement initial développeront une récurrence de la maladie (Imazio et al., 2005, 2013).

De façon générale, la péricardite est une affection plutôt bénigne qui répond bien au traitement. Bien que rares, les complications peuvent toutefois causer le décès avec un taux de mortalité intra-hospitalière de 1,1 % des cas (Kytö et al., 2014; LeWinter, 2014;).

PHYSIOPATHOLOGIE ET ÉTIOLOGIE

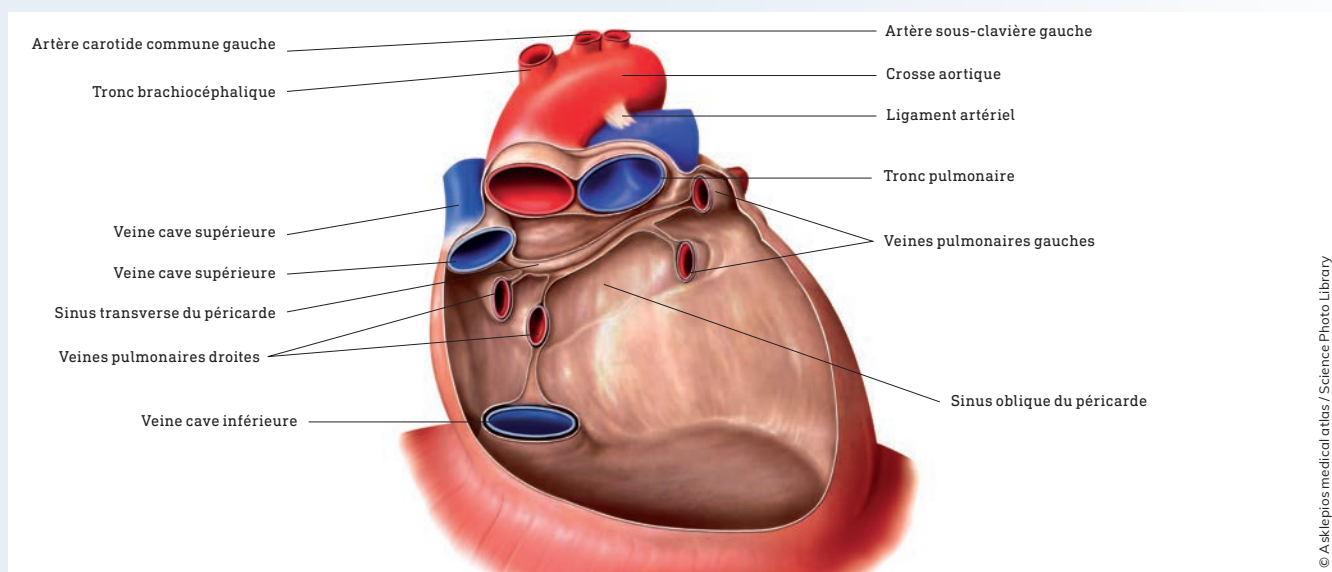
Le péricarde est l'enveloppe à double couche contenant le cœur, soit le péricarde viscéral et le péricarde pariétal. La couche viscérale est formée de cellules mésothéliales, de collagène et de fibres d'élastine. Elle recouvre la surface épicaudique du cœur. Le péricarde viscéral se replie sur lui-même près de l'origine des grands vaisseaux et donne naissance au péricarde pariétal, une couche acellulaire composée uniquement de collagène et de fibres d'élastine (**Figure 1**).

L'espace ainsi créé entre les deux couches s'appelle « l'espace péricardique ». Il peut contenir jusqu'à 50 millilitres de liquide séreux servant à lubrifier et à diminuer la friction pendant les contractions cardiaques (Zipes et al., 2018). Le péricarde pariétal est relié au sternum et au diaphragme par des ligaments, ce qui fixe le cœur dans le médiastin. Le péricarde sert également à protéger le cœur des infections (Doctor et al., 2017).

Plusieurs causes peuvent entraîner une inflammation du péricarde, appelée communément « péricardite ». La tuberculose est la cause la plus courante dans le monde. Dans les pays développés, de 80 à 90 % des cas sont idiopathiques et les virus sont les agents causals les plus souvent suspectés (**Tableau 1**).

Pour poser le diagnostic de péricardite aiguë, au moins deux des quatre critères énumérés dans le **Tableau 2** doivent être satisfaits. En cas de présentation clinique atypique, il est possible de mener des investigations supplémentaires pour appuyer le diagnostic.

Figure 1
LE PÉRICARDE



© Asklepios medical atlas / Science Photo Library



« FORMATION EN RÔLE ÉLARGI »

UNE VIE SUR MESURE!

1 « Formation en rôle élargi » reconnue

2 Flexibilité d'horaire selon tes besoins

3 Conditions avantageuses

www.monplus.ca

Tableau 1
ÉTILOGIE DES PÉRICARDITES

CAUSES INFECTIEUSES	
VIRALES (FRÉQUENTES)	<ul style="list-style-type: none"> Entérovirus (coxsackie, écho) Herpès (cytomégalovirus) Virus Epstein-Barr, (<i>human herpes virus-6</i>) Adénovirus, parvovirus B19 *COVID-19
BACTÉRIENNES	<ul style="list-style-type: none"> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (fréquente; autres bactéries : rares) <i>Coxiella burnetii</i>.
FONGIQUES (TRÈS RARES)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Histoplasma</i> (plus probable chez les patients immunocompétents) <i>Aspergillus</i> <i>Blastomyces</i> <i>Candida</i> (plus probable chez les patients immunodéprimés)
PARASITAIRES (TRÈS RARES)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Echinococcus</i>, <i>Toxoplasma</i>
CAUSES NON INFECTIEUSES	
AUTO-IMMUNES (FRÉQUENTES)	<ul style="list-style-type: none"> Maladies systémiques auto-immunes et auto-inflammatoires (lupus érythémateux disséminé, syndrome de Sjögren, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie) Vascularites systémiques (...) Sarcoidose Fièvre méditerranéenne familiale Maladies intestinales inflammatoires, etc.
NÉOPLASIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Tumeurs primitives (rares ; surtout mésothéliome péricardique) Tumeurs métastatiques secondaires (habituels ; surtout cancers du poumon et du sein, lymphome)
MÉTABOLIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Urémie Myxœdème Anorexie Autres : rares
TRAUMATIQUES ET IATROGÉNIQUES	<p>Début précoce (rares) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Blessures directes (blessures thoraciques pénétrantes, perforation œsophagienne) et indirectes (blessures thoraciques non pénétrantes, radiations) <p>Début retardé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Syndromes d'atteinte péricardique (fréquents) tels que le syndrome post-infarctus du myocarde Syndrome post-péricardiectomie
MÉDICAMEN-TEUSES (RARES)	<ul style="list-style-type: none"> <i>Lupus-like syndrome</i> (procaïnamide, hydralazine, méthylidopa, isoniazide, phénytoïne) Médicaments anticancéreux
AUTRES (FRÉQUENTES)	<ul style="list-style-type: none"> Amylose Dissection aortique Hypertension artérielle pulmonaire Insuffisance cardiaque chronique

Source : Delahaye, 2016.

* Ajout par les auteurs.

Tableau 2
DÉFINITION ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA PÉRICARDITE

PÉRICARDITE	DÉFINITIONS ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES
AIGUË	<p>Au moins 2 critères sur 4 parmi les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Douleur thoracique pleurétique et positionnelle (>85-90 %); 2. Frottement péricardique (≤33 %); 3. Changements typiques à l'ECG (~60 %); 4. Épanchement péricardique (~60 %). <p>Données supplémentaires pouvant appuyer le diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> Marqueurs inflammatoires élevés : <ul style="list-style-type: none"> - Protéine C réactive (CRP); - Leucocytose. Preuve d'une inflammation péricardique par imagerie : <ul style="list-style-type: none"> - Échocardiographie transthoracique (ETT); - Tomodensitométrie cardiaque (TDM); - Imagerie par résonance magnétique cardiaque (IRM).
INCESSANTE	Péricardite durant plus de 4 à 6 semaines mais moins de 3 mois sans rémission.
RÉCIDIVANTE	Récidive de péricardite après un premier épisode documenté et une période asymptomatique de 4 à 6 semaines ou plus.
CHRONIQUE	Péricardite durant plus de 3 mois.

Sources : Adler et al., 2015; Delahaye, 2016; Doctor et al., 2017.

COMPLICATIONS DE LA PÉRICARDITE AIGUË

Il est important de reconnaître les signes évocateurs de la péricardite afin de distinguer une douleur thoracique d'une autre étiologie et de prévenir les complications, qui sont la tamponnade cardiaque et la péricardite constrictive.

Tamponnade cardiaque

L'épanchement péricardique (ÉP) survient lorsque du liquide séro-sanguinolent ou sanguin s'accumule dans l'espace péricardique en réponse au processus inflammatoire. Une accumulation de liquide lente et progressive, de quelques jours à quelques semaines, permet à un péricarde sain de s'adapter sans créer de conséquences hémodynamiques. La majorité des péricardites aiguës d'étiologie idiopathique ou virale sont associées à de légers épanchements péricardiques, contrairement à ceux d'étiologie néoplasique où le risque d'épanchement sévère et de tamponnade est plus élevé (Adler et al., 2015; Zipes et al., 2018).

Les symptômes classiques d'un EP sont la dyspnée, l'orthopnée et la douleur thoracique. Certains symptômes non spécifiques, tels que la toux, la fatigue, l'anorexie et les palpitations, peuvent aussi être observés (Adler et al., 2015). Le diagnostic est déterminé à la suite d'une échocardiographie transthoracique (ETT) qui évalue non seulement la taille de l'épanchement, mais également la présence de compression sur les structures avoisinantes. Les critères suivants permettent de classer l'EP (Adler et al., 2015) :

- Apparition : aiguë, subaiguë ou chronique;
- Taille : léger < 10 mm, modéré 10-20 mm, sévère > 20 mm;
- Distribution : circonférentiel, localisé;
- Composition : transsudat, exsudat.

La survenue d'une tamponnade est directement liée à la vitesse d'accumulation du liquide péricardique. En effet, lorsque le liquide s'accumule rapidement dans l'espace péricardique (de quelques minutes à quelques heures), un risque de complications graves, dont la tamponnade, peut apparaître. Ainsi, l'augmentation rapide de la pression intrapéricardique engendre une compression des cavités cardiaques qui diminue la capacité du cœur à se remplir (la pré-charge) et réduit le débit cardiaque.

En présence d'un EP, il est primordial de rechercher des signes d'instabilité hémodynamique afin de déceler rapidement la tamponnade. Cette urgence médicale doit être traitée sans délai par un drainage péricardique appelé « péricardiocentèse ».

Un patient en tamponnade présente des signes de la triade de Beck, soit : une hypotension artérielle, une distension des veines jugulaires et des bruits cardiaques lointains à l'auscultation. Aussi, un pouls paradoxal positif (>10 mmHg) peut être présent. Ces signes cliniques évocateurs constituent une urgence médicale et l'échocardiographie transthoracique demeure l'examen de choix pour établir le diagnostic.

Péricardite constrictive

La péricardite constrictive est une affection inflammatoire chronique (An et Singh, 2021). Elle correspond au stade avancé du processus inflammatoire du péricarde (Seidler, Lebowitz et Müller, 2015; Zipes et al., 2018).

Bien qu'elle puisse se développer quelques mois suivant l'insulte initiale, son apparition survient en général après quelques années. Elle peut être induite par une péricardite idiopathique ou virale, une chirurgie cardiaque antérieure, une irradiation médiastinale, une maladie auto-immune, une néoplasie ou la tuberculose (An et Singh, 2021; Adler et al., 2015).

La péricardite constrictive se caractérise par une perte d'élasticité du péricarde causée par de la fibrose et de la calcification. La rigidité du péricarde ne permet plus au cœur de se relaxer en diastole et crée une dysfonction au niveau du remplissage ventriculaire appelée « dysfonction diastolique ». La péricardite constrictive se manifeste principalement par le signe de Kussmaul (augmentation de la pression veineuse jugulaire à l'inspiration), ainsi que par des signes d'insuffisance cardiaque droite (distension des jugulaires, ascite et œdème dans les membres inférieurs). Certaines caractéristiques, dont des signes et symptômes incessants, des épanchements péricardiques sévères et un échec aux traitements anti-inflammatoires, représentent des facteurs de risque potentiels (Imazio et al., 2011).

Cas clinique (suite)

Vous retournez au chevet de M. Pouliot en attendant l'évaluation médicale de l'urgentologue. Vous commencez votre propre évaluation clinique. Quels éléments devriez-vous chercher dans le questionnaire et l'examen physique?

Tableau 3

QUESTIONNAIRE PQRSUI EN PRÉSENCE D'UNE DOULEUR PÉRICARDITIQUE

ACRONYME	ÉLÉMENTS À RECHERCHER
P- PROVOQUER PALLIER	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur pleurétique (à l'inspiration profonde ou à la toux) • Douleur positionnelle (en position de décubitus dorsal) • Douleur lorsque le patient se penche vers l'avant ou est assis
Q- QUALITÉ/ QUANTITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur serrative, oppressive (Variable en intensité tout au long de l'épisode)
R- RÉGION/ IRRADIATION	<ul style="list-style-type: none"> • Région thoracique, souvent près de l'apex • Irradiation au niveau du cou, du bras, du dos ou de l'épaule gauche, des muscles trapèzes
S- SIGNES SYMPTÔMES ASSOCIÉS	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur souvent précédée d'une infection virale • Dyspnée
T- TEMPS	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition soudaine • Douleur constante
U- UNDERSTANDING	<ul style="list-style-type: none"> • Cette douleur a-t-elle déjà été ressentie par le patient dans le passé? • Selon le patient, qu'est-ce que signifient ces symptômes et à quoi sont-ils reliés?
I- IMPACT FONCTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> • Impact des symptômes sur le patient et sa famille • Impact des symptômes sur les AVD et AVQ

Sources : Adapté de Doyon et Longpré, 2016; Khandaker et al., 2010; Lilly, 2016; Ratté, Thériault et Collin, 2017.

ÉVALUATION INFIRMIÈRE

Anamnèse

Selon les lignes directrices de la Société européenne de cardiologie, de 85 à 90 % des personnes atteintes d'une péricardite présentent une douleur thoracique (Adler et al., 2015). Connaître les principales caractéristiques d'une douleur péricarditique permet de la différencier de celle non péricarditique.

L'acronyme PQRSUI peut guider l'infirmière lors de son questionnaire (Tableau 3).

Examen physique ciblé

Signes vitaux

La prise des signes vitaux est essentielle pour évaluer l'état hémodynamique du patient. Dans les cas de péricardite, la présence d'une tachycardie sinusale est fréquente (FC >100 bpm); causée par l'inflammation, la douleur peut aussi être un signe précoce de la tamponnade. Il est important de surveiller régulièrement la tension artérielle afin de détecter des signes de complication comme une tamponnade. Un état subfébrile ou une hyperthermie (>38,0°C) peuvent indiquer la présence d'un syndrome inflammatoire ou infectieux souvent à l'origine de la péricardite. La fréquence respiratoire peut s'accroître dans un contexte de douleur et d'anxiété sans toutefois affecter la saturation en oxygène. En présence d'un patient ayant reçu un diagnostic de péricardite, il faut rester à l'affût des signes et symptômes de complications comme la tamponnade cardiaque.

Un pouls paradoxal positif peut aussi être détecté chez un patient en tamponnade cardiaque. Cependant, ce signe non spécifique à cette dernière peut indiquer d'autres conditions aiguës, telles qu'un bronchospasme sévère, une maladie pulmonaire obstructive chronique exacerbée, une embolie pulmonaire ou encore un pneumothorax (Spodick, 2003). Un pouls paradoxal positif se traduit par une diminution de tension artérielle de plus de 10 mmHg durant l'inspiration. La tension doit être mesurée manuellement et la procédure peut être difficile à exécuter lorsque le patient est instable. Par ailleurs, un pouls paradoxal positif est prédictif de la sévérité de la tamponnade (Khandaker et al., 2010).

Auscultation cardiaque

Lors de l'auscultation cardiaque, l'infirmière doit porter attention à un bruit de friction audible en systole et en diastole, et ce, plus particulièrement en parasternal gauche au niveau du troisième espace intercostal (Doctor et al., 2017; Khandaker et al., 2010). Ce bruit de friction caractérise le frottement péricardique. Ce frottement est causé par le mouvement des différentes couches de tissus du péricarde lorsqu'il est enflammé. Toutefois, il est possible qu'il ne soit pas toujours entendu. Il importe donc d'ausculter le patient en position assise, penché vers l'avant, et ce, à plusieurs reprises, car le bruit peut survenir et disparaître entre deux auscultations ou être absent en présence d'un épanchement péricardique volumineux (Adler et al., 2015).

Cas clinique (suite)

Pendant votre évaluation, M. Pouliot vous rapporte des symptômes de maux de gorge, de congestion nasale et d'une toux sèche peu productive en l'absence de fièvre qui ont duré quatre jours et se sont résolus spontanément. Il a passé un test de dépistage pour le SARS-COV2 qui s'est révélé négatif.

Depuis hier soir, il ressent une douleur thoracique constante sous forme d'un serrement irradiant jusqu'aux trapèzes qui s'accroît à l'inspiration. Il évalue sa douleur à 6/10 et elle augmente à 8/10 en position décubitus dorsal et à l'inspiration profonde. Sa douleur est également associée à une dyspnée en montant les escaliers.

M. Pouliot n'a ni d'orthopnée ni de dyspnée paroxystique nocturne. Il est apyrétique et ne présente plus aucun symptôme infectieux. Il n'a pas été hospitalisé ni opéré récemment et n'a pas voyagé depuis le début de la pandémie. Il a reçu trois doses de vaccins contre la COVID-19, la dernière il y a 4 mois, et n'a eu aucun effet secondaire.

Vous procédez à l'examen physique. Lors de la prise des signes vitaux, vous notez les paramètres suivants : TA : 144/90; FC : 108/min. régulière; FR : 22/min.; saturation en oxygène : 96 % AA; température buccale : 37,7°C.

M. Pouliot est alerte et orienté dans les trois sphères, ses jugulaires ne sont pas distendues, ses bruits cardiaques sont réguliers et vous ne notez pas de souffle cardiaque ni de frottement péricardique. De plus, vous observez une bonne entrée d'air bilatérale à l'auscultation pulmonaire, ses mollets sont souples et sans œdème. Vous vérifiez également son pouls paradoxal qui est de 4 mmHg (négatif).

Vous savez que plusieurs étiologies provoquent des douleurs thoraciques. Votre évaluation clinique vous permet déjà d'en exclure quelques-unes. Quels autres examens paracliniques vous aideraient dans votre démarche clinique?



À SAVOIR

La technique pour mesurer le pouls paradoxal est réalisée en gonflant le brassard du sphygmomanomètre juste au-dessus de la pression artérielle systolique (PAS) du patient et en le dégonflant très lentement (baisse de 2 mmHg à chaque battement). Il faut noter la PAS au premier battement cardiaque entendu en phase expiratoire seulement (c'est-à-dire le premier bruit de Korotkoff), puis retenir aussi la PAS lorsque les battements cardiaques sont entendus pendant tout le cycle respiratoire (c'est-à-dire en inspiration et en expiration). Cette différence entre les deux valeurs de la PAS représente le pouls paradoxal.

EXAMENS PARACLINIQUES

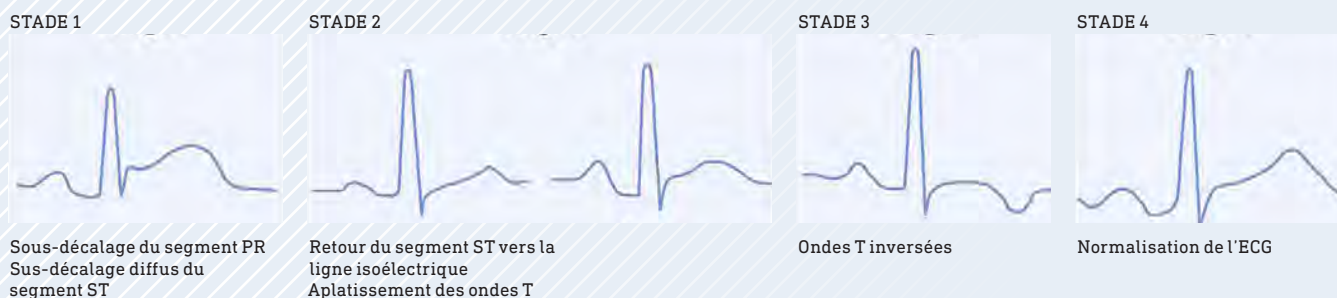
Électrocardiogramme

L'électrocardiogramme (ECG) est essentiel lorsqu'un patient présente une douleur thoracique. Un changement à l'ECG est visible dans environ 60 % des cas de péricardite (Adler et al., 2015). Il résulte de l'inflammation de l'épicaire et des cellules myocardiques adjacentes et n'est pas lié au péricarde pariétal, celui-ci étant électriquement silencieux (Chiabrando et al., 2020).

À première vue, l'électrocardiogramme d'un patient atteint de péricardite peut surprendre et faire douter d'un diagnostic d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST. En portant attention, il est possible de constater que ce segment est surélevé et accompagné d'un sous-décalage du segment PR, et ce, dans plusieurs endroits sauf dans les dérivations aVR et V1. Il est intéressant de remarquer que le segment PR peut également être sus-décalé en aVR.

Selon l'évolution dans le temps, il existe différents stades de modifications à l'ECG dans le contexte d'une péricardite. Ultiment, l'ECG se normalisera une fois la péricardite résolue (Figure 2).

Figure 2
CHANGEMENTS À L'ECG EN PÉRICARDITE AIGÜE



Source : © American College of Cardiology Foundation. (Chiabrando et al., 2020, Journal of the American College of Cardiology). Reproduction avec la permission d'Elsevier. Traduction française par les auteures.

Analyses sanguines

L'élévation des globules blancs, de la CRP et de la vitesse de sédimentation démontre qu'une réaction inflammatoire ou infectieuse est en cours. Le suivi de ces paramètres permet de surveiller la progression de la péricardite et l'efficacité du traitement. De plus, une augmentation des troponines peut s'expliquer par un infarctus aigu ou une atteinte surajoutée du myocarde appelée « myocardite » (Adler et al., 2015). L'évaluation de la fonction rénale et hépatique est également pertinente afin d'ajuster les doses du traitement au besoin.

Radiographie pulmonaire

La radiographie pulmonaire permet de déceler des signes de complications telles que des calcifications du péricarde qui témoignent d'une péricardite constrictive, ou encore d'exposer une cardiomégalie, soit un élargissement de la silhouette cardiomédiastinale qui peut témoigner d'un épanchement péricardique de modéré à sévère.

Cet examen peut révéler des infiltrats ou des foyers de consolidation lors de pneumonie et de tuberculose, ou des signes de néoplasie pulmonaire. Il permet aussi d'observer la présence d'épanchements pleuraux dans les syndromes pleuro-péricardiques en raison d'une inflammation des plèvres. La radiographie pulmonaire aide le clinicien à déterminer l'étiologie de la péricardite aiguë.

Échocardiographie transthoracique

Pour visualiser un épanchement péricardique, l'ETT s'avère l'examen paraclinique de choix. Ce faisant, il confirme non seulement le diagnostic de la péricardite, mais permet également d'en visualiser les complications possibles comme la tamponnade ou la constriction (Doctor et al., 2017).

Toutefois, si un épanchement péricardique peut confirmer le diagnostic, son absence ne l'exclut pas nécessairement (Khandaker et al., 2010). L'ETT peut aussi infirmer certains diagnostics différentiels, par exemple un syndrome coronarien aigu en cherchant des anomalies régionales de la contractilité ou encore, une myocardite en cherchant une dysfonction ventriculaire gauche (Doctor et al., 2017).

L'évaluation du volume de liquide péricardique contenu dans le péricarde est une donnée utile afin de déterminer la nécessité d'un drainage péricardique. Si le volume est abondant (>20 mm), un drainage sera considéré en présence de compression des cavités ou si l'épanchement persiste au-delà d'un mois (Khandaker et al., 2010).

PLAN D'INVESTIGATION

Le plan d'investigation d'un patient avec un tableau évoquant une péricardite comporte un bilan de base. Advenant la confirmation du diagnostic de la péricardite et la conclusion d'une étiologie bénigne idiopathique, les tests d'investigation supplémentaires seront inutiles.

Par ailleurs, si le médecin ou l'IPS suspectent une étiologie particulière, des examens additionnels seront réalisés. En effet, les patients présentant des signes ou symptômes susceptibles de résulter d'une péricardite bactérienne (p. ex. : la tuberculose), néoplasique ou associée à une maladie auto-immune devraient bénéficier d'examens diagnostiques plus avancés. L'analyse du liquide péricardique, la TDM ou l'IRM sont des examens utilisés pour fournir des résultats confirmant le diagnostic dans des cas atypiques. Le **Tableau 4** détaille les deux lignes d'investigation.

Tableau 4

EXAMENS PARACLINIQUES D'INVESTIGATION

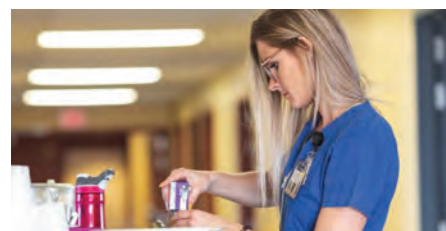
PREMIÈRE LIGNE D'INVESTIGATION	
LABORATOIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Marqueurs inflammatoires : <ul style="list-style-type: none"> - CRP - Vitesse de sédimentation - Décompte des globules blancs • Test de la fonction rénale et hépatique • Marqueurs de lésions myocardiques : troponines
EXAMENS DIAGNOSTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • ECG • Radiographie pulmonaire • ETT
DEUXIÈME LIGNE D'INVESTIGATION	
LABORATOIRES	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse du liquide péricardique • Autres examens spécifiques à la présentation clinique
EXAMENS DIAGNOSTIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • TDM cardiaque ou thoracique • IRM cardiaque <p>Précision : la TDM ou l'IRM peuvent démontrer une inflammation du péricarde en mettant en évidence son épaississement, un œdème ou une prise de contraste du péricarde.</p>

Source : Adler et al., 2015. Traduction française par les auteures.

Cas clinique (suite)

En raison des symptômes de douleur thoracique et de dyspnée chez M. Pouliot, vous demandez un nouveau dépistage SARS-COV2. Il revient négatif. De plus, vous commencez des examens paracliniques conformément à l'ordonnance collective en vigueur dans votre urgence : un ECG (**Figure 3**), une radiographie pulmonaire et des analyses sanguines (**Tableau 5**).

La radiographie pulmonaire ne montre pas de consolidation pulmonaire focale ni d'épanchement pleural. Il n'y a pas non plus de signe d'œdème pulmonaire. La silhouette cardiomédiastinale et l'aorte thoracique sont sans particularité.

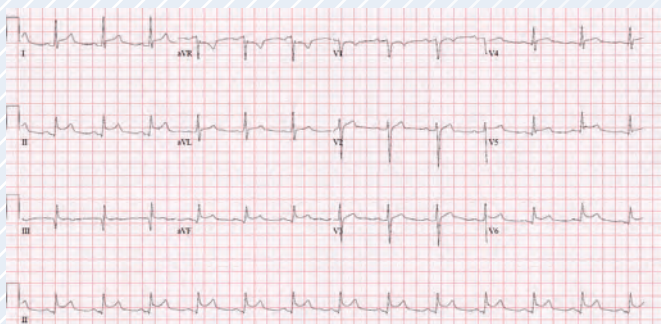


15 CENTRES D'HÉBERGEMENT (CHSLD)
PRIVÉS CONVENTIONNÉS
Mêmes conditions de travail et salaires que ceux du RSSS

CADRE SUPÉRIEUR ET INTERMÉDIAIRE DU RSSS
AGENT(E) D'ACTIVITÉS CLINIQUES
ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
CANDIDAT(E) À L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIER(ÈRE)

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

Figure 3
ÉLECTROCARDIOGRAMME DE M. POULIOT



Source : © Institut de cardiologie de Montréal, 2021.
Interprétation : L'ECG montre un rythme sinusal à 70/min. avec sus-décalage diffus du segment ST et un sus-décalage du segment PR en aVR.

Tableau 5
LABORATOIRES SANGUINS

FORMULE SANGUINE COMPLÈTE	<ul style="list-style-type: none"> Leucocytes : 12,9 x10⁹/L (†) Hémoglobine : 150 g/L (N) Plaquette : 140 x 10⁹/L (N)
BIOCHIMIE	<ul style="list-style-type: none"> Na⁺ : 134 mmol/L (N) K⁺ : 4,0 mmol/L (N) Créatinine : 80 µmol/L (N)
BIOMARQUEURS MYOCARDIQUES	<ul style="list-style-type: none"> Troponines : T hs 3 ng/L (N)

(N) signifie « dans les valeurs normales » ; (†) signifie « valeurs élevées ».

Cas clinique (suite)

Vous discutez du cas avec l'urgentologue. Il diagnostique une péricardite aiguë virale étant donné l'anamnèse et l'ECG que vous lui apportez. Il souhaite cependant effectuer d'autres analyses sanguines pour ajuster le traitement et éliminer d'autres diagnostics différentiels. Il prescrit donc des analyses supplémentaires (Tableau 6), il fait une échographie cardiaque ciblée au chevet qui démontre un épanchement péricardique et décide de demander une ETT pour mieux le quantifier. Le rapport d'ETT mentionne la présence d'un épanchement péricardique de 16 mm avec légère compression du ventricule droit et l'absence d'anomalie régionale de la contractilité.

À la suite des résultats, l'urgentologue commence le traitement.

Tableau 6
LABORATOIRES SANGUINS SUPPLÉMENTAIRES

AUTRES LABORATOIRES	BILAN HÉPATIQUE
<ul style="list-style-type: none"> CRP : 64 mg/L (†) D-dimères (IL Test) : 125 ng/mL (N) NT-ProBNP : 50 ng/L (N) 	<ul style="list-style-type: none"> ALT : 27 U/L (N) Bilirubine totale : 7,0 U/L (N) Phosphatase alcaline : 70 U/L (N) GGT : 65 U/L (N) Albumine : 35,5 g/L (N) RIN : 1,1 (N)

(N) signifie « dans les valeurs normales » ; (†) signifie « valeurs élevées ».



Un accompagnement qui va droit au cœur

« C'est important pour moi de valider les intérêts de l'étudiante ou de l'étudiant pour m'assurer de lui offrir un stage fait sur mesure. »

Au CISSS de la Montérégie-Centre, nous avons à cœur d'offrir un milieu d'apprentissage flexible, enrichissant et valorisant.

Pour en savoir plus : nousrecrutons.ca

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

Québec

TRAITEMENTS

Traitements de la péricardite aiguë

Le principe sous-jacent au traitement d'une péricardite est de diminuer l'inflammation du péricarde afin de réduire les symptômes et de prévenir les complications. Les modalités du traitement varient en fonction de l'étiologie et de la symptomatologie (Tableau 7). La première ligne de traitement consiste à prescrire la combinaison suivante : des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (p. ex. : aspirine ou ibuprofène) et de la colchicine. Le patient doit aussi restreindre l'exercice physique.

AINS

Bien qu'il n'existe pas d'étude contrôlée randomisée (ECR) pour appuyer leur efficacité, les AINS demeurent la pierre angulaire du traitement de la péricardite. Une ECR a toutefois testé les AINS comme traitement des péricardites, mais en situation de syndrome post-péricardiotomie. Ils aident à soulager les symptômes, en accélèrent la rémission et diminuent le risque de récurrence (Horneffer et al., 1990).

La prise d'AINS augmente le risque d'ulcère gastro-intestinal de 3,8 fois et de saignements (Hernández-Díaz et Rodríguez, 2000). Pour réduire le risque d'ulcère, il faut donc s'assurer que le patient bénéficie d'une protection gastrique avec un inhibiteur de la pompe à proton (IPP). Les AINS peuvent également entraîner de l'hypertension artérielle et une insuffisance rénale (Hernández-Díaz et Rodríguez, 2000).

Un suivi étroit des patients sous traitement est recommandé, idéalement avant de commencer le sevrage (Chiabrando et al., 2020). À la suite d'un traitement initial de 10 à 14 jours, un sevrage progressif des AINS s'amorce sur une période approximative de 1 à 2 semaines afin d'éviter une récurrence des symptômes (Adler et al., 2015).

Colchicine

La colchicine est un médicament sécuritaire et efficace dans le traitement de la péricardite aiguë et récurrente (Adler et al., 2015; Imazio et al., 2005). Elle est administrée en concomitance avec les AINS pendant trois mois. Elle diminue les risques de récurrence, de réhospitalisation ainsi que la durée des symptômes (Alabed et al., 2014; Lutschinger et al., 2019). Le traitement doit être ajusté selon le poids du patient. Bien que non obligatoire, le sevrage de la colchicine peut prévenir une récurrence des symptômes (Adler et al., 2015; Chiabrando et al., 2020).

Restriction des activités physiques

Cette restriction d'exercice physique implique d'éviter toute activité et d'adopter un mode de vie sédentaire temporaire. Chez les non-athlètes, elle doit être maintenue jusqu'à une résolution complète des symptômes pendant plus de 24 h, une normalisation de la CRP, de l'ECG et de l'ETT (Adler et al., 2015).

Pour les athlètes, une période de restriction d'exercice physique d'au moins trois mois s'ajoute en plus de la résolution complète des symptômes. De plus, la normalisation des tests diagnostiques (CRP, ECG, ETT) est requise avant la reprise de l'entraînement physique (Adler et al., 2015). Il existe plusieurs théories sur le sujet. Il semble que l'activité physique induirait une tachycardie sinusale et accroîtrait la force de cisaillement du péricarde, augmentant ainsi l'inflammation. Une autre théorie veut que l'accélération du flot sanguin causée par l'inflammation et le stress oxydatif libère des radicaux libres (Shah et al., 2018).

Corticostéroïdes

Les corticostéroïdes peuvent servir à traiter une péricardite et en réduire les symptômes lorsqu'un patient présente des contre-indications au traitement initial ou n'y a pas répondu. Les causes infectieuses ou les cas de comorbidités, telles que de l'anémie hémolytique ou les maladies auto-immunes, devront avoir été exclus avant de recourir aux corticostéroïdes (Perrone et al., 2019).

Bien que très efficaces, ils sont administrés avec prudence, car paradoxalement, ils augmentent le risque de récurrence de la péricardite et provoquent des effets secondaires (Peiffer-Smadja et al., 2019).

Les corticostéroïdes peuvent être prescrits à doses élevées (jusqu'à 2 mg/kg/jour) pour traiter les formes sévères de péricardite, par exemple aux patients présentant une myocardite associée ou un épanchement péricardique (Perrone et al., 2019). Par ailleurs, les fortes doses de corticostéroïdes ont plusieurs effets secondaires, dont une immunosuppression importante, qui, en diminuant la réponse immunitaire antivirale, augmentent les risques de récurrence, les hospitalisations et les effets indésirables (Imazio et al., 2008; Perrone et al., 2019).

Pour ces raisons, il est recommandé de prescrire les corticostéroïdes à faible dose (de 0,25 à 0,5 mg/kg/jour) pendant 2 à 4 semaines ou jusqu'à la normalisation des marqueurs inflammatoires et la résolution des symptômes. Un sevrage lent sera nécessaire (Perrone et al., 2019). Cette thérapie qui demeure mitigée nécessite une attention particulière.

Du bord des bonnes conditions d'exercice

Le gouvernement doit écouter les solutions des infirmières et infirmiers



fsss.qc.ca  

Tableau 7

AGENTS UTILISÉS EN PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNES DE TRAITEMENT DE LA PÉRICARDITE

MÉDICAMENTS	DOSE	DURÉE DU TRAITEMENT	
		Aiguë	Récidivante
PREMIÈRE LIGNE DE TRAITEMENT			
Aspirine (AAS)	650 mg QID*	1-2 semaines**	Plusieurs semaines à mois
Ibuprofène	800 mg TID*	1-2 semaines**	Plusieurs semaines à mois
Colchicine	0,6 mg (<70 kg) DIE* 0,6 mg (≥70 kg) BID*	3 mois	Au moins 6 mois
Inhibiteurs de la pompe à proton (IPP)	—	Durée totale du traitement anti-inflammatoire	
DEUXIÈME LIGNE DE TRAITEMENT			
Corticostéroïdes	0,2-0,5 mg/kg/jour	—	Selon le cas clinique
Bloqueurs d'interleukines-1	Selon l'agent sélectionné	—	Selon le cas clinique
Immunoglobuline IV	Selon l'agent sélectionné	—	Selon le cas clinique

*Les doses ont été adaptées pour le Canada.

** Un sevrage doit être considéré pour les AINS

Sources : Adler et al., 2015; Chiabrando et al., 2020

UN EMPLOI AU COEUR

DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX aux Îles-de-la-Madeleine

*Joins-toi à
l'équipe!*

Les avantages de pratiquer 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 départements spécialisés rapidement

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles

Québec

CISSS des Îles

ci:sssdesiles.com

recrutement.archipel@ssss.gouv.qc.ca

Traitement de la péricardite récidivante

Le traitement initial d'une péricardite récidivante est le même que celui d'une péricardite aiguë, mais sa durée est prolongée. Ainsi, la colchicine sera prescrite pour au moins 6 mois (Adler et al., 2015; Chiabrando et al., 2020).

Hospitalisation

La présence de facteurs de mauvais pronostics augmente le risque de complications. Le patient doit alors être hospitalisé afin d'éliminer une étiologie spécifique et d'assurer une surveillance étroite si nécessaire (Adler et al., 2015; Imazio et al., 2007). Les facteurs majeurs de mauvais pronostics sont les suivants : fièvre >38°C; apparition subaiguë; épanchement péricardique sévère (>20mm); tamponnade cardiaque; symptômes réfractaires après une semaine de traitement avec les AINS (Adler et al., 2015).

En l'absence de ces facteurs, les patients n'ont pas besoin d'hospitalisation. Le traitement de première ligne leur est prescrit et ils bénéficient d'un suivi ambulatoire rapproché après environ une semaine, afin d'évaluer leur réponse à ce traitement.

Traitements non conventionnels

Lorsque les patients présentent une péricardite récidivante ou une intolérance au traitement conventionnel, d'autres options thérapeutiques peuvent être exploitées. L'utilisation d'immunoglobuline intraveineuse ou d'agents bloqueurs des interleukines-1 peut être envisagée lorsque les thérapies de premières lignes ne suffisent pas ou sont mal tolérées (Adler et al., 2015; Chiabrando et al., 2020; Perrone et al., 2019). Le traitement est individualisé selon la condition et les comorbidités du patient (Peiffer-Smadja et al., 2019).

La dernière option thérapeutique d'une péricardite résistante au traitement médical ou d'une péricardite constrictive est la péricardectomie. Elle consiste en une résection chirurgicale du péricarde pour diminuer la compression subie par le cœur (Adler et al., 2015; Chiabrando et al., 2020).

SURVEILLANCE INFIRMIÈRE ET ENSEIGNEMENT LORS DU CONGÉ

Adhérence aux traitements pharmacologiques

L'infirmière doit s'assurer que le patient comprend bien son traitement pharmacologique. En effet, la péricardite récidivante peut être prévenue avec une prise de médication adéquate. Selon Imazio et al. (2014), plus de 30 % des patients ayant un traitement inapproprié développeront une péricardite récidivante dans les 18 mois suivant un épisode initial.

Les interventions infirmières visent à informer le patient sur la prise en charge de la péricardite, à explorer les obstacles à l'observance thérapeutique, à le soutenir dans sa recherche de solutions ainsi qu'à impliquer le pharmacien et le travailleur social, le cas échéant (Conn et al., 2015).

Il faut aussi être à l'affût des effets indésirables des AINS, tels que les saignements gastro-intestinaux et les ulcérations gastriques. Les patients les plus à risque de saignements sont âgés de 65 ans et plus, sous anticoagulothérapie ou corticothérapie et ont un antécédent d'ulcère gastrique. L'association des AINS avec une protection gastro-intestinale est recommandée dans les lignes directrices européennes (Adler et al., 2015). D'autres effets néfastes sont possibles : insuffisance cardiaque, hypertension artérielle et insuffisance rénale aiguë (Beaulieu et al., 2015; Schwier et Tran, 2016). En situation d'atteintes cardiovasculaire, rénale ou hépatique, l'acide acétylsalicylique (AAS) est donc l'AINS à privilégier (Schwier, Cannedy et Skrepnek, 2020).

Les principaux effets indésirables de la colchicine sont aussi gastro-intestinaux : diarrhées, nausées, vomissements, anorexie. Dans 5 à 8 % des cas, ces effets mènent même à l'arrêt de la médication (Imazio et al., 2014). La dose peut alors être réduite de 50 % pour améliorer la tolérance du patient (Schwier, 2015; Schwier, Coons et Rao, 2015).

Chez le patient prenant des corticostéroïdes, l'infirmière ou l'infirmier doit s'assurer que cette personne est adéquatement vaccinée contre la COVID-19, l'influenza et le pneumocoque et qu'elle a recours à une prévention ostéoporotique en prenant des suppléments de vitamine D et de calcium (Adler et al., 2015; Chiabrando et al., 2020; Peiffer-Smadja et al., 2019). Un suivi de la glycémie capillaire et de la tension artérielle est également essentiel afin de prévenir les complications à long terme de la corticothérapie.



Cas clinique

RETOUR SUR LA SITUATION DE M. POULIOT

Vous réévaluez M. Pouliot ce matin. Après l'introduction des AINS à dose élevée, sa douleur est totalement soulagée et devient légère à l'inspiration profonde. Sa dyspnée est résolue et il n'est plus subfébrile. Le médecin autorise le congé.

Un suivi et un ETT sont prévus dans une semaine. M. Pouliot se présentera à la clinique de relance rapide du centre hospitalier pour consulter l'IPSSA en cardiologie.

L'IPSSA réévalue M. Pouliot sept jours plus tard et note que l'ECG et l'ETT se sont normalisés tout comme sa CRP. Le questionnaire et l'examen physique ne relèvent aucune particularité et le pouls paradoxal est négatif. Le patient n'a plus aucune douleur. Comme l'évolution de M. Pouliot est favorable, l'IPSSA lui donne congé.

EN CONCLUSION

La péricardite aiguë est due à une inflammation du péricarde. Cette affection fait partie de l'éventail des diagnostics différentiels à garder en tête en présence d'une douleur thoracique. Bien qu'elle soit souvent idiopathique ou virale, il est important de demeurer à l'affût des étiologies potentiellement plus graves. De plus, la compréhension de la péricardite aiguë, de ses signes et de ses symptômes aide l'infirmière ou l'infirmier à exercer une surveillance clinique sécuritaire et à détecter une complication redoutable, la tamponnade cardiaque. Une évolution favorable repose principalement sur un traitement combinant un AINS, de la colchicine et du repos. Le personnel infirmier tient un rôle clé dans l'enseignement au patient afin de favoriser son rétablissement, d'éviter une récurrence et d'optimiser le suivi. ●



COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.

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

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.

Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance.

Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.

Cadre réglementaire

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

Balises déontologiques

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 45.*

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

LES AUTEURES

CLAUDIE ROUSSY

Inf., M. Sc., IPSSA

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

CYNTHIA GIROUX

Inf., M. Sc., IPSSA

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

ÉMILIE LACHARITÉ ST-LOUIS

Inf., M. Sc., IPSSA

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

PASCALE PELLERIN-HUET

Inf., M. Sc., IPSSA

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

REMERCIEMENTS ET CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteures remercient le Dr Alain Vadeboncoeur, urgentologue à l'Institut de cardiologie de Montréal, pour la révision scientifique de cet article.

Les auteures affirment n'avoir aucun conflit d'intérêts à déclarer concernant la rédaction de cet article.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

RÉFÉRENCES

- Adler, Y., Charron, P., Imazio, M., Badano, L., Barón-Esquivias, G., et Tomkowski, W. (2015). «2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The task force for the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)». *European Heart Journal*, 36(42), 2921-2964.
- Alabed, S., Cabello, J.B., Irving, G.J., Qintar, M. et Burls, A. (2014). «Colchicine for pericarditis». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD010652).
- An, K.R. et Singh, S.K. (2021). «Péricardite constrictive accompagnée de calcification péricardique». *Canadian Medical Association Journal*, 193(33), e1328-e1329. Repéré à <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/193/33/E1328.full.pdf>
- Beaulieu, P., Pichette, V., Desroches, J. et du Souich, P. (2015). «Précis de pharmacologie – Du fondamental à la clinique» (2^e éd.). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Chiabrando, J.G., Bonaventura, A., Vecchié, A., Wohlford, G.F., Mauro, A.G., et Abbate, A. (2020). «Management of acute and recurrent pericarditis». *Journal of the American College of Cardiology*, 75(1), 76-92. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.021>
- Conn, V.S., Ruppert, T.M., Enriquez, M., Cooper, P.S. et Chan, K.C. (2015). «Healthcare provider targeted interventions to improve medication adherence: Systematic review and meta-analysis». *International Journal of Clinical Practice*, 69(8), 889-899.
- Delahaye, F. (2016). «Recommandations de la Société européenne de cardiologie sur les maladies péricardiques». *Réalités cardiologiques*, 1-18. Repéré à https://www.realités-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Delahaye_juillet_maladies_pericardiques.pdf
- Doctor, N.S., Shah, A.B., Coplan, N. et Kronzon, I. (2017). «Acute pericarditis». *Progress in Cardiovascular Diseases*, 59(4), 349-359.
- Doyon, O. et Longpré, S. (2016). «Évaluation clinique d'une personne symptomatique». Montréal: Pearson/ERPI.
- Hernández-Díaz, S. et Rodríguez, L.A. (2000). «Association between nonsteroidal anti-inflammatory drugs and upper gastrointestinal tract bleeding/perforation: An overview of epidemiologic studies published in the 1990s». *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2093-2099.
- Horneffer, P.J., Miller, R.H., Pearson, T.A., Rykiel, M.F., Reitz, B.A. et Gardner, T.J. (1990). «The effective treatment of postpericardiotomy syndrome after cardiac operations: A randomized placebo-controlled trial». *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 100(2), 292-296.
- Imazio, M., Belli, R., Brucato, A., Cemin, R., Ferrua, S. et Adler, Y. (2014). «Efficacy and safety of colchicine for treatment of multiple recurrences of pericarditis (CORP-2): A multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised trial». *The Lancet*, 383(9936), 2232-2237.
- Imazio, M., Bobbio, M., Cecchi, E., Demarie, D., Demichelis, B. et Trincherio, R. (2005). «Colchicine in addition to conventional therapy for acute pericarditis: Results of the Colchicine for acute Pericarditis (COPE) trial». *Circulation*, 112(13), 2012-2016.
- Imazio, M., Bobbio, M., Cecchi, E., Demarie, D., Pomari, F. et Trincherio, R. (2005). «Colchicine as first-choice therapy for recurrent pericarditis: Results of the CORE (Colchicine for REcurrent pericarditis) trial». *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1987-1991.
- Imazio, M., Brucato, A., Cemin, R., Ferrua, S., Maggolini, S. et Adler, Y. (2013). «A randomized trial of colchicine for acute pericarditis». *New England Journal of Medicine*, 369(16), 1522-1528.
- Imazio, M., Brucato, A., Cumetti, D., Brambilla, G., Demichelis, B. et Trincherio, R. (2008). «Corticosteroids for recurrent pericarditis - High versus low doses: a nonrandomized observation». *Circulation*, 118(6), 667-671.
- Imazio, M., Brucato, A., Maestroni, S., Cumetti, D., Belli, R. et Adler, Y. (2011). «Risk of constrictive pericarditis after acute pericarditis». *Circulation*, 124(11), 1270-1275.
- Imazio, M., Cecchi, E., Demichelis, B., Ierna, S., Demarie, D. et Trincherio, R. (2007). «Indicators of poor prognosis of acute pericarditis». *Circulation*, 115(21), 2739-2744.
- Khandaker, M.H., Espinosa, R.E., Nishimura, R.A., Sina, L.J., Hayes, S.N. et Oh, J.K. (2010). «Pericardial disease: Diagnosis and management». *Mayo Clinics Proceedings*, 85(6), 572-593. Repéré à <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0046>
- Kytö, V., Sipilä, J. et Rautava, P. (2014). «Clinical profile and influences on outcomes in patients hospitalized for acute pericarditis». *Circulation*, 130(18), 1601-1606. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010376>
- Lilly, L.S. (2016). «Pathophysiology of heart disease, a collaborative project of medical students and faculty» (6^e éd.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Lutschinger, L.L., Rigopoulos, A.G., Schlattmann, P., Matiakakis, M., Sedding, D. et Noutsias, M. (2019). «Meta-analysis for the value of colchicine for the therapy of pericarditis and of postpericardiotomy syndrome». *BMC Cardiovascular Disorders*, 19(1), 1-11.
- Peiffer-Smadja, N., Domont, F., Saadoun, D. et Cacoub, P. (2019). «Corticosteroids and immunosuppressive agents for idiopathic recurrent pericarditis». *Autoimmunity Reviews*, 18(6), 621-626. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2019.04.001>
- Perrone, A., Castrovilli, A., Piazzolla, G., Savino, S., D'Introno, A. et Sabbà, C. (2019). «Corticosteroids for acute and recurrent idiopathic pericarditis: Unexpected evidences». *Cardiology Research and Practice*, 2019.
- Ratté, F., Thériault, J.F. et Collin I. (2017). «Démarche clinique» (2^e éd.). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Schwier, N.C., Cannedy, J.J. et Skrepnek, G.H. (2020). «Management of acute idiopathic (viral) pericarditis in the emergency department: A review for the nursing professional». *Advanced Emergency Nursing Journal*, 42(1), 17-29.
- Schwier, N.C. (2015). «Pharmacotherapeutic considerations for using colchicine to treat idiopathic pericarditis in the USA». *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 15(5), 295-306.
- Schwier, N.C., Coons, J.C. et Rao, S.K. (2015). «Pharmacotherapy update of acute idiopathic pericarditis». *Pharmacotherapy*, 35(1), 99-111. Repéré à <https://doi.org/10.1002/phar.1527>
- Schwier, N. et Tran, N. (2016). «Non-steroidal anti-inflammatory drugs and aspirin therapy for the treatment of acute and recurrent idiopathic pericarditis». *Pharmaceuticals*, 9(2), 17.
- Seidler, S., Lebowitz, D. et Müller, H. (2015). «Péricardite chronique constrictive». *Revue médicale suisse*, 11(476), 1166-1171.
- Shah, N., Ala, C.K., Verma, B., Bafadel, A. et Klein, A. (2018). «Exercise is good for the heart but not for the inflamed pericardium». *Journal of the American College of Cardiology*, 71(11S), A2339.
- Spodick, D.H. (2003). «Acute cardiac tamponade». *New England Journal of Medicine*, 349(7), 684-690.
- Zipes, D.P., Libby, P., Bonow, R.O., Mann, D.L. et Tomaselli, G.F. (2018). «Braunwald's heart disease e-book: A textbook of cardiovascular medicine». Philadelphia: Elsevier



formation
continue



Lisez l'article

Reconnaître
une péricardite,
ça presse!

2-ACFA par article

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

Visitez
oiiq.org/formation

► CERTIFICAT

► MICROPROGRAMME
de 2^e cycle

FORMATION À DISTANCE

Santé et sécurité au travail (SST)

LEADER EN FORMATION À DISTANCE
DEPUIS
30
ANS

Des **programmes** universitaires spécialisés en santé et sécurité au travail pour :

- Acquérir des connaissances de base en santé au travail et de développer des analyses approfondies;
- Développer une approche préventive de la santé et sécurité au travail;
- Former des professionnels habiles à diriger, orienter et évaluer adéquatement les situations de travail;
- Développer des attitudes et des habiletés d'intervention pour favoriser l'évaluation et l'élimination des risques inhérents au milieu de travail;
- Occuper des postes clés au sein de plusieurs milieux.

OFFERTS ENTIÈREMENT À DISTANCE :
selon votre rythme et votre horaire,
où que vous soyez!

INFORMATION
uqat.ca/SST
sc-sante@uqat.ca

UQAT



ᐃᓄᐱᐅᐅ ᐅᓄᐱᐅᐅ ᐅᓄᐱᐅᐅ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

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



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

MAINTENANT PLUS FLEXIBLE !

Contactez-nous pour en savoir plus.

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

WWW.TULATTAVIK.COM

 @Tulattavik

 @cstunursing

Conjuguer obligations professionnelles et devoir de loyauté

Il peut arriver qu'une infirmière ne sache pas comment se positionner quant à la directive d'un supérieur immédiat. Doit-elle lui obéir ou peut-elle remettre en question une demande? Qu'est-ce qui doit être privilégié : les devoirs et obligations déontologiques ou le devoir de loyauté? Comment s'y retrouver et, surtout, que doit considérer l'infirmière pour prendre une décision éclairée dans le meilleur intérêt de son client?

par JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, MARIE-EVE CÔTÉ, syndique adjointe et ÉRIC ROY, inf., B. Sc., LL. M., syndic adjoint

Tout d'abord, avant de répondre à ces questions, il est primordial de définir quelques termes afin de bien distinguer certaines notions. Le dictionnaire *Le Robert* (2021) définit l'adjectif « loyal » comme suit : « Qui obéit aux lois de l'honneur et de la probité ». Le devoir de loyauté découle donc de la confiance mutuelle entre l'employeur et la personne salariée, laquelle se doit d'être honnête envers son employeur, ce qui implique qu'elle mette les intérêts de ce dernier avant les siens et protège l'information confidentielle qu'elle obtient dans le cadre de ses fonctions (*Code civil du Québec* [C.c.Q.], art. 2088). De la relation employeur-personne salariée découle la relation de subordination de cette dernière envers son employeur, une des caractéristiques du contrat de travail prévues au C.c.Q. (art. 2085).

Ce lien d'autorité entre l'employeur et la personne salariée impose aussi certaines obligations à l'employeur. Ainsi, selon le C.c.Q. (art. 2087) : « L'employeur, outre qu'il est tenu de permettre l'exécution de la prestation de travail convenue et de payer la rémunération fixée, doit prendre les mesures appropriées à la **nature du travail**, en vue de protéger la santé, la sécurité et la dignité du salarié. »

Mais quelle place prend cette **nature du travail** lorsque l'infirmière est salariée? Il est reconnu que les codes de déontologie ainsi que le *Code des professions* font partie intégrante du contrat de travail (Couture, 2005). C'est donc dire que les obligations propres à l'exercice d'une profession, puisqu'elles sont d'ordre public, s'imposent à l'employeur, qui se doit ainsi de tout mettre en œuvre pour permettre aux professionnels qu'il emploie de respecter leurs devoirs et obligations. Par conséquent, l'employeur ne peut pas « exiger d'un professionnel que celui-ci se comporte d'une façon contraire aux prescriptions de son code de déontologie, à celles du *Code des professions* lui-même ou, le cas échéant, à celles de la loi particulière et des règlements qui gouvernent son ordre et sa profession » (Bich, 2005).

Les obligations de la personne salariée sont pour leur part prévues à l'article 2088 du C.c.Q. : « Le salarié, outre qu'il est tenu d'exécuter son travail avec **prudence et diligence**, doit agir avec loyauté et ne pas faire usage de l'information à caractère confidentiel qu'il obtient dans l'exécution ou à l'occasion de son travail ». La **prudence et la diligence** impliquent que la personne salariée doit accomplir ses tâches avec « l'attention, l'application et la célérité que manifeste une personne prudente dans la réalisation d'une tâche ou l'exécution d'une fonction » (Juridictionnaire, 2021). Il lui revient donc d'exécuter son travail « en suivant les règles de conduite et les méthodes dictées par l'employeur » (Bonhomme et Laurier, 2019), mais également en respectant les obligations professionnelles qui lui incombent selon la législation et la réglementation applicables.

Il est effectivement attendu que l'infirmière exerce sa profession dans le respect de ses devoirs et obligations déontologiques. Elle doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter l'influence d'un tiers dans sa prise de décision (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 21). À cet effet, « un tiers peut signifier toute personne (membre de la famille, employeur, collègue) susceptible

d'influencer son action, sans que ce soit spécifiquement dans l'intérêt du client » (Truchon, 2013). Dans une récente décision du Conseil de discipline de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le Conseil est éloquent quant à l'appréciation de la gravité de l'infraction de l'infirmière concernant l'indépendance professionnelle. À ce sujet, il s'exprime ainsi : « Il s'agit d'un comportement professionnel inadéquat, grave et qui met à mal des principes de base, intimement liés au statut d'infirmière : l'indépendance professionnelle et l'objectivité » (décision Falardeau, 2020). Le Conseil de discipline de l'OIIQ a imposé à l'infirmière une radiation temporaire de trois mois pour ne pas avoir su sauvegarder son indépendance professionnelle.

L'infirmière doit aussi faire primer les intérêts de ses clients sur les siens, comme le stipule l'article 20 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Lorsqu'une directive d'un supérieur immédiat ne permet pas de concilier le devoir de loyauté et les obligations déontologiques, ces dernières ont préséance. Le Tribunal des professions s'est d'ailleurs prononcé sur le sujet dans l'affaire *Couture c. Ingénieurs forestiers (Ordre professionnel des)* (2005) en précisant que « [l]e lien de subordination dans la relation employeur-employé ne peut justifier le professionnel employé d'agir à l'encontre de son code de déontologie adopté dans l'intérêt public » (para. 128). Ainsi, une infirmière ne pourrait se disculper d'une infraction déontologique en invoquant l'ordre de son supérieur.

En résumé, on peut affirmer que les devoirs et les obligations déontologiques des professionnels doivent avoir préséance sur les obligations découlant du contrat de travail, notamment le devoir de loyauté. Le droit de gestion n'inclut donc pas le pouvoir d'exiger d'une infirmière une conduite contraire à ses devoirs et obligations déontologiques; il est de la responsabilité des infirmières de sauvegarder leur indépendance professionnelle. Lorsqu'elles sont placées dans une situation où la sauvegarde de leur indépendance professionnelle est impossible, elles doivent assurer la sécurité des clients et prendre les moyens raisonnables pour le faire, notamment en avisant les instances appropriées (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, art. 42). L'infirmière devra ainsi aviser un membre de l'équipe de gestion des raisons pour lesquelles elle ne peut suivre la directive donnée. ●

RÉFÉRENCES

- Bich, M.-F. (2005). « Le professionnel salarié: considérations civiles et déontologiques ». Dans *Le défi du droit nouveau pour les professionnels*. Montréal: Éditions Thémis, p. 66.
- Bonhomme, R. et Laurier, J.B. (2019). « Le contrat de travail ». Réseau juridique du Québec. Repéré à <https://www.avocat.qc.ca/affaires/iicontravail.htm#2.2.1>
- « Code civil du Québec » (C.c.Q.). RLRQ, c. CCQ-1991, art. 2085, 2087, 2088.
- « Code de déontologie des infirmières et infirmiers », RLRQ, c. I-8, r. 9, art. 20, 21, 42.
- « Couture c. Ingénieurs forestiers (Ordre professionnel des) », [2005], CanLII 95 (QC TP).
- Dictionnaire Le Robert. (2021). « Loyal ». Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/loyal>
- « Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Falardeau », [2020], CanLII 22, par. 40 (QC CDINF).
- Juridictionnaire. (2021). « Diligence ». Repéré à <https://www.btb.termiumplus.gc.ca/juridi-srch?lang=fra&srchtxt=diligence&i=&lettr=&cur=1&nmb=&comencsrch.x=0&comencsrch.y=0>
- Truchon, S. (2013). « La sauvegarde de l'indépendance professionnelle ». Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/la-sauvegarde-de-l-independance-professionnelle?inheritRedirect=true>

Investir dans l'art

Voici nos conseils pour investir dans ce marché diversifié et prospère, et s'assurer une rentabilité optimale.

Informez-vous sur le marché

Le rendement annuel moyen du marché de l'art est comparable à celui des principaux indices boursiers. Si vous souhaitez investir dans l'art, vous devez faire vos devoirs. « Il faut d'abord voir des œuvres, voir ce qui se passe dans les musées, bien connaître l'histoire de l'art et la carrière de l'artiste », explique Jo-Ann Kane, conservatrice de grandes collections d'entreprises dont celle de la Banque Nationale et membre du conseil d'administration du Conseil des arts et des lettres du Québec.

En optant pour une œuvre admissible d'un artiste canadien, sous certaines conditions, un contribuable peut amortir annuellement 20 % de son coût au fédéral et 33,3 % au provincial. La première année de l'achat, la règle du demi-taux s'applique : l'amortissement est alors de 10 % au fédéral et 16,67 % au provincial. Un travailleur autonome inscrit aux fichiers de la TPS et de la TVQ pourra, sous certaines conditions, déduire cette dépense de ses revenus et récupérer les taxes.

Misez sur les artistes les plus prometteurs

La prospérité de l'artiste est liée à son influence, à sa reconnaissance publique sur le marché de l'art et à sa reconnaissance médiatique. Analysez sa biographie et son parcours professionnel, si ses œuvres font partie de collections privées ou d'entreprises et ont été acquises par des musées, si l'artiste a fait des expositions solos ou avec d'autres, etc.

Si vous convoitez l'œuvre d'un artiste présentée à New York, « il y a plusieurs galeries dans cette ville, et elles sont loin

d'être toutes bonnes, met en garde Jo-Ann Kane. [...] il faut valider l'importance de la galerie ou du musée avant de faire l'acquisition de l'œuvre ». Pour quelques centaines de dollars, vous pourriez aussi acquérir l'œuvre d'un artiste émergent prometteur. « Il faut s'assurer d'avoir les meilleures œuvres, tirées de la meilleure période de l'artiste », affirme Jo-Ann Kane.

Assurez la rentabilité à long terme

Au moment de l'acquisition, considérez l'exposition, la conservation et l'entreposage de l'œuvre afin de bien protéger votre investissement. « Dès que l'œuvre est endommagée, elle perd un minimum de 30 % de sa valeur », indique Jo-Ann Kane.

Faites don de vos œuvres d'art

Le montant du don d'une œuvre d'art est majoré de 25 % si le don est fait à une institution muséale. M^{me} Kane précise qu'il y a eu « des resserrements au gouvernement du Canada afin d'éviter la spéculation, dont l'acquisition d'une œuvre dans le but d'en faire don directement ». Un particulier peut aussi offrir une œuvre d'art à un organisme caritatif reconnu par la *Loi sur les impôts*. Le geste sera traité comme un don en argent et le donateur bénéficiera d'un crédit d'impôt. Si l'œuvre acquise est plutôt vendue et que sa valeur marchande a augmenté, 50 % du gain en capital sera imposable.

Faites appel à un expert de l'art

Il saura bien vous guider et avant de vous lancer, prenez le temps de réfléchir à tous ces éléments pour faire les bons investissements au bon moment.

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les infirmières et infirmiers à 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.).



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

Wâciye • Bonjour

Bienvenue chez nous

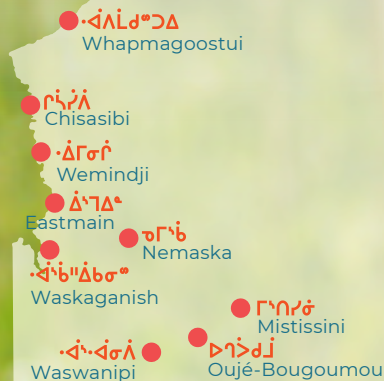
Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages sociaux

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

Profil recherché

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



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

creehealth.org/fr/careers/job-postings



*Centre de Miyupimâtisiun (santé) Communautaire

Le CISSS de Lanaudière

recherche du personnel infirmier

- > Bloc opératoire
- > Salle d'urgence
- > Soins intensifs
- > Natalité
- > Et autres secteurs!

Postulez ici pour...

Évoluer dans un milieu de travail stimulant avec des équipes dévouées.



Bénéficier de perspectives d'emploi à la hauteur de vos ambitions.



Avoir une meilleure qualité de vie grâce à un travail à proximité de votre domicile.

Joignez-vous à l'équipe dès maintenant!
ciss-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec

