



perspective infirmière

Automne 2022
Vol. 19, n°4

ACFA

Infection fongique à
Candida albicans en
contexte d'allaitement

Niveau d'adéquation
entre la formation
initiale reçue au
collégial et les
exigences au seuil
de la profession

Hospitalisation d'un
enfant aux soins
intensifs

Le choc fantôme



Pour que notre corps puisse intégrer une nouvelle habitude — comme faire de l'exercice régulièrement —, il faut l'encourager par des récompenses et de la répétition.



Choisissez une activité ou une série d'exercices qui soit à votre portée et que vous pourrez continuer de faire sans difficulté, comme aller marcher chaque jour.



Prévoyez d'en faire régulièrement. Il est plus facile d'opérer une série de petits changements que d'accomplir une grande transformation.



Remarquez comme ce comportement devient automatique et exige moins d'effort et de volonté de votre part.



N'abandonnez pas ! Certaines habitudes sont plus longues à acquérir; pensez-y avant de passer à autre chose.

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

Pratiquer une activité physique peut vous aider à réguler votre glycémie, préserver votre santé cardiovasculaire et contrôler votre poids. Demander à votre médecin ce qu'il pense d'un programme d'exercice conçu spécifiquement pour vous.

* 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.

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?

Fais rayonner ta compassion.

Infirmier ou infirmière ?

Postule au CISSSMO et profite de plusieurs avantages.

travaillons-ensemble.com



Pour que votre
humanité
s'exprime pleinement

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

Québec 

SOMMAIRE

Automne 2022 - Vol. 19, n° 4

ÉDITORIAL

- 07 — Profession infirmière : l'heure de tous les possibles et du passage à l'action

PORTRAIT

- 10 — Marie-Christine Gras : portrait d'une pionnière

FONDATION

- 12 — Joan Walker-Payette : portrait d'une infirmière déterminée

MYTHES ET RÉALITÉS

- 20 — À propos du trouble dépressif caractérisé
Réponses en pages 48

OIIQ

- 33 — La révision de la norme d'entrée à la profession
Une réponse nécessaire à une profession en évolution

DÉONTOLOGIE

- 64 — Assurer la continuité des soins : une question de sécurité!

EN BREF

- 09 — Bilans de la crise en CHSLD : le rôle infirmier doit être renforcé

PRATIQUE CLINIQUE

- 14 — Le choc fantôme : explorer l'expérience et travailler en interdisciplinarité
- 21 — Hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs : l'expérience des parents
- 28 — Pandémie de COVID-19 : visiter des patients en milieu de soins

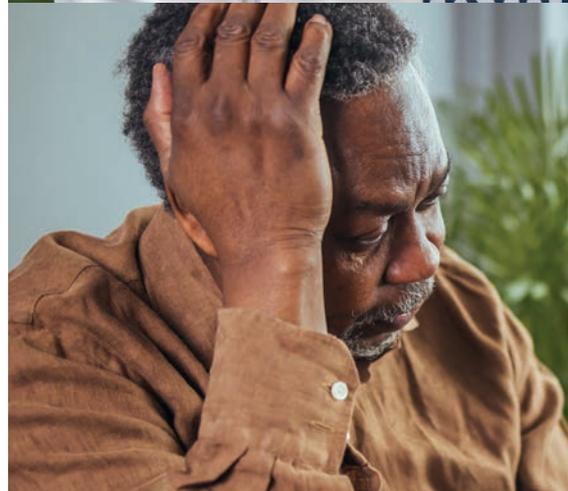
RECHERCHE

- 37 — Le niveau d'adéquation entre la formation initiale reçue au collégial et les exigences au seuil d'entrée à la profession selon la perspective de l'infirmière débutante québécoise

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.



37

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

Élite Communication

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE

Isabelle Gagné et Luc Girard pour

MissPixels

IMPRIMEUR

SOLISCO

PAGE COUVERTURE

© Stocksy / Cameron Whitman

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU

Joanie Belleau, inf., M. Sc.

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

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

ACFA



52 — L'infection fongique à
Candida albicans en contexte
d'allaitement

COLLABORATEURS

Line Beaudet, inf., Ph. D. – Kéanne Boily, inf., M. Sc. (c.) – Myriam Brisson, inf., M. Sc., syndique
– Sylvie Charette, inf., Ph. D. – Andrée-Anne Choquette, inf., Céline Corbeil, inf., M. Sc. – Jade
Desforges, inf., M. Sc. inf. – Martine Gagné, inf., M. Sc., syndique adjointe – Christine Genest,
inf., Ph. D. – Anne-Frédérique Hébert-Dolbec – Irène Leboeuf, inf., M. Sc. – Caroline Longpré,
inf., Ph. D. – Nathalie Maltais, inf., Ph. D. – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Anne-Marie
Martinez, inf., M. Sc., T.C.F. – Daniel Milhomme, inf., Ph. D. – Mélanie Nadeau, inf., M. Sc., IBCLC
– Pierre Pariseau-Legault, inf. – Louise Robinette, inf., M. Sc. – Josiane Roulez – Eric Roy,
inf., B. Sc., LL. M., directeur adjoint, déontologie et exercice illégal et syndic adjoint – Martin
Simard, inf., B. Sc., LL. M., syndic adjoint – Alexandra Tremblay-Desrochers.

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

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

N° d'enregistrement 9790

Parution : Automne 2022

Convention de la
Poste-publications
N° 40062569



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.

Profession infirmière : l'heure de tous les possibles et du passage à l'action



© Jimmy Hamelin

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

Il ne passe pas un jour sans que la profession infirmière fasse la manchette en raison de la pénurie et des conditions d'exercice difficiles, parfois à la limite du raisonnable. On dit souvent qu'il faut battre le fer pendant qu'il est chaud...

En tant qu'ordre professionnel, nous ne pouvons rester insensibles au quotidien de nos membres et à l'impact des conditions d'exercice sur la qualité des soins. C'est pour cette raison que, tout au long de l'année, je n'ai eu de cesse de prendre position publiquement et en coulisses auprès des différents acteurs de la santé afin d'influencer le cours des choses et de contribuer à la sortie de cette impasse.

Rappelons que nous avons 82 271 membres inscrits au Tableau de l'OIIQ. L'effectif infirmier en emploi a augmenté de 1,5 % par rapport à l'année précédente et demeure supérieur à la moyenne des dix dernières années. Cependant, les taux d'absentéisme pour motifs divers viennent porter ombrage à cette croissance, sans oublier la migration d'infirmières et d'infirmiers vers le privé. Il importe d'agir et de mettre en place des mesures structurantes dans le but de permettre aux infirmières et infirmiers de déployer leur expertise et ainsi, de contribuer à une prestation de soins de qualité.

DES SOLUTIONS EXISTENT ET LE QUÉBEC DOIT LES METTRE EN ŒUVRE RAPIDEMENT!

C'est dans cette perspective que j'entamerai dès cet automne une tournée des régions en vue non seulement d'aller à la rencontre des infirmières et infirmiers et d'intervenants clés du réseau de la santé et des services sociaux, mais également de prendre acte des constats, des réactions ou encore des projets en place dans les établissements de santé en lien avec les recommandations présentées dans le *Rapport sur les états généraux de la profession infirmière* (mai 2021). Ce rapport nous offre une feuille de route qui s'inscrit très bien dans le cadre du plan proposé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, intitulé *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* (Plan Santé), et du *Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers*, rendus publics respectivement en mars 2022 et en mai 2022.

À la lecture de ces trois documents, j'ai constaté la concordance de plusieurs des recommandations et propositions du plan du ministre de la Santé et des Services sociaux avec les recommandations des deux autres documents, en vue de rendre notre système de la santé plus performant au moyen du recours accru à l'expertise infirmière. Je souhaite en discuter avec les présidentes-directrices générales et présidents-directeurs généraux, les directions de soins infirmiers, les conseils des infirmières et infirmiers ainsi que les comités de la relève infirmière des établissements de santé.

MES OBJECTIFS

En lien avec notre mandat d'assurer la protection du public, je souhaite prendre le pouls auprès de professionnels et de dirigeants qui œuvrent dans le système de santé et agir comme catalyseur des actions à entreprendre. Nous n'aborderons pas les questions des conditions de travail, notre intérêt en tant qu'ordre professionnel étant porté sur les mesures à mettre en place dans le but d'assurer des soins infirmiers de qualité qui passent notamment par un meilleur accès aux soins pour la population en général, particulièrement les patients orphelins du système de santé pour lesquels le recours à l'expertise infirmière est une solution.

En collaboration avec ces partenaires, je souhaite identifier les conditions gagnantes des solutions proposées en ce sens. D'ores et déjà, je peux affirmer que l'une de ces conditions est sans aucun doute l'abolition de la pratique, en milieu hospitalier ou ailleurs, de la délocalisation des infirmières et infirmiers vers un milieu de soins pour lequel ils ne détiennent pas d'expertise. Il importe d'échanger sur cette pratique qui a un effet dévastateur sur la mobilisation et la rétention des effectifs, en plus d'affaiblir le sentiment d'appartenance envers l'employeur.

Finalement, dans le but de faire écho à l'énoncé de position adopté par le Conseil d'administration de l'OIIQ en 2021, intitulé *Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique*, j'aborderai ce sujet avec les professionnels œuvrant dans des régions pour lesquelles la question de la sécurisation culturelle des soins est pertinente.

C'est le programme que je me propose de réaliser au cours des prochains mois. •

À bientôt,

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

Bilans de la crise en CHSLD : le rôle infirmier doit être renforcé

La COVID-19 l'a révélé au grand jour : les problèmes en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont nombreux et les besoins, criants. Les infirmières tirent la sonnette d'alarme depuis bien avant la pandémie, et pas moins de quatre rapports produits dernièrement leur donnent raison. Une des clés pour répondre à la crise en CHSLD? Renforcer le rôle infirmier.

par JOSIANE ROULEZ

Déjà en 2016, soit quatre ans avant l'apparition de la COVID-19 au Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) prenait position publiquement au sujet des soins en CHSLD. Dans son *Énoncé de position interprofessionnel sur les soins et les services aux personnes hébergées en CHSLD*, il clamait haut et fort que « les personnes hébergées en CHSLD sont en droit de recevoir des soins et services sécuritaires, adaptés selon l'évaluation de leurs besoins et qui assurent leur bien-être et leur qualité de vie ». À l'instar de nombreux autres ordres professionnels, l'OIIQ s'est alors engagé à soutenir ses membres dans l'implantation d'une approche de collaboration interprofessionnelle et dans la mise en place d'une pratique collaborative auprès des personnes hébergées en CHSLD.

Lors de l'élaboration du nouveau plan d'action gouvernemental 2022-2027 pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, l'OIIQ a réitéré sa position auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en déposant son mémoire *Passons à l'action pour que les soins aux personnes âgées soient une priorité nationale*. Il y formule huit recommandations, notamment celles d'embaucher des gestionnaires de profession infirmière, d'assurer une présence suffisante d'infirmières et d'autres professionnels adéquatement formés, d'abaisser les ratios infirmière-clients, d'augmenter le nombre d'infirmières praticiennes spécialisées, de déployer un plan de formation continue et de réviser la norme d'entrée à la profession infirmière.

QUATRE BILANS, UNE CONCLUSION

Quatre rapports ont fait le bilan de la gestion de la crise et des éclosions mortelles qui, au printemps 2020, ont emporté dans leur sillage près de 5 000 aînés résidant en CHSLD. Ils arrivent tous à des conclusions semblables, qui rejoignent les recommandations de l'OIIQ : pour éviter que l'histoire ne se répète, il est impératif de renforcer entre autres le rôle infirmier.

Le *Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la COVID-19*, rendu public en mars 2021 par l'OIIQ, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, établit clairement que les membres de l'OIIQ ont agi avec rigueur et professionnalisme, et que des problèmes structurels et organisationnels sont à l'origine de la tragédie. Le rapport d'enquête formule 31 recommandations, dont celle d'assurer la « présence d'infirmières, formées et expérimentées, en nombre suffisant pour répondre aux besoins des résidents et soutenir la prestation de soins ».

Dans son rapport déposé en début d'année 2022, la Commissaire à la santé et au bien-être, Joanne Castonguay, tire des leçons similaires de la crise. Elle

mentionne notamment que les CHSLD sont passés sous le radar du MSSS au profit des hôpitaux. Elle émet sept recommandations, appelant notamment à « des solutions concertées pour rehausser la prestation des soins de santé et services sociaux dans les milieux de vie, et renforcer leur coordination avec les services d'hébergement en milieu de vie ».

Elle abonde ainsi dans le même sens que la Protectrice du citoyen du Québec, Marie Rinfret, dont le rapport, publié en décembre 2020, établit que les CHSLD ont été oubliés lors de l'implantation des mesures sanitaires en milieu de santé. Elle recommande elle aussi le renforcement du rôle infirmier.

Enfin, en mai dernier, le rapport de la coroner M^e Géhane Kamel, qui s'est concentré principalement sur les cas de décès en CHSLD où la crise de la COVID-19 a été la plus sévère, attribue un rôle clé aux infirmières. La coroner recommande entre autres d'assurer leur présence en nombre suffisant et de les former adéquatement en prévention et contrôle des infections en CHSLD.

LA CLÉ : LE RÔLE INFIRMIER

Ce sont en effet les infirmières qui déterminent les orientations cliniques et qui les communiquent à l'ensemble de l'équipe de soins. Il est important de veiller à leur recrutement, à leur formation et à leur rétention, ainsi qu'à la reconnaissance de leurs compétences spécifiques, entre autres en matière d'évaluation et de prévention et contrôle des infections – des interventions on ne peut plus essentielles en situation de pandémie.

Il faut, d'autre part, revoir la composition des équipes en vue de permettre aux résidents des CHSLD de recevoir des soins de haut niveau, donnés par des équipes de soins qualifiées, compétentes et en nombre suffisant. De hauts standards d'évaluation de leur condition de santé, de surveillance et de suivi clinique doivent devenir la règle. En ce sens, il faut également que les gestionnaires de proximité accordent toute la prépondérance aux soins infirmiers afin de mettre en place les meilleures pratiques visant à améliorer la santé et la qualité de vie de ces personnes fragilisées.

EN CONCLUSION

Après plus de deux ans de pandémie, un énoncé de position, un mémoire et quatre rapports, le constat est donc sans équivoque : le rôle des infirmières est crucial dans le redressement des soins en CHSLD. L'OIIQ et ses membres en étaient conscients bien avant la pandémie, et les conséquences désastreuses de la crise sanitaire dans les CHSLD en sont la preuve évidente. •



Marie-Christine Gras : portrait d'une pionnière

par ANNE-FRÉDÉRIQUE HÉBERT-DOLBEC

Lorsque Marie-Christine Gras a fondé une clinique infirmière pour le Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CCOMTL), en juin 2021, l'idée était simple : élargir l'accès au réseau de la santé en offrant des soins aux patients en attente d'un médecin de famille. Gérée exclusivement par une équipe d'infirmières et infirmiers, la clinique du GAMF obtient des résultats exceptionnels, et sa fondatrice cumule les éloges, dont un prix Stars du réseau de la santé et une nomination aux prix Florence de l'Ordre. Coup d'œil sur le parcours d'une infirmière déterminée à créer le changement.

« Cette clinique peut être adaptée à toutes les réalités. L'important, c'est de valoriser la profession infirmière et d'encourager les infirmières à prendre toute la place qu'elles méritent, au bénéfice du patient. »

Tout au long de sa carrière, Marie-Christine Gras s'est fait un devoir de suivre son instinct et de saisir toutes les opportunités que la vie mettait sur sa route. Bénévole auprès d'Ambulance Saint-Jean depuis l'adolescence, elle avait toujours été attirée par le milieu de la santé. Après des études en mathématiques et en microbiologie, elle a choisi de se diriger vers les soins infirmiers.

Sa ténacité et son grand sens de l'observation lui ont permis de monter les échelons, mais surtout de repérer les failles du système de santé et de tout mettre en œuvre pour les combler. Grande amoureuse de sa profession, elle rêve de voir les infirmières exercer leur autonomie et leur expertise à leur maximum – un objectif qu'elle travaille à concrétiser chaque jour avec l'ambitieux projet de la clinique du GAMF.

LA POLYVALENCE AVANT TOUT

Après de nombreuses années à travailler en services ambulatoires dans les CLSC de Montréal, Marie-Christine Gras a décidé de mettre sa grande expérience au profit du changement. Depuis onze ans, elle cherche par tous les moyens à améliorer les pratiques et processus sur le terrain dans le cadre des postes de gestionnaire qu'elle a occupés à la Direction des services intégrés de première ligne au CIUSSS du CCOMTL. Sa priorité? Réduire les écarts de santé dans la population en misant sur l'accessibilité aux soins, la prévention et l'autonomie de l'infirmière.

Dans ces différents postes, Marie-Christine Gras a touché à toutes les branches du domaine de la santé. Elle a géré, entre autres, les cliniques de vaccination de masse, des situations d'urgence, les services Enfance-Famille-Jeunesse ainsi que les cliniques de médecine familiale, en plus de démarrer des volets portant sur la prévention du cancer du sein et des maladies chroniques.

Partout, elle est arrivée au même constat : « Le rôle de l'infirmière est rarement exploité à son plein potentiel. C'est difficile de trouver un moment adéquat pour faire bouger les choses. Puis, en 2010, j'ai collaboré à l'élaboration du Guide Priorité Santé, qui visait à trouver des outils pour soutenir l'infirmière dans les services de première ligne. Il y avait de super bonnes idées là-dedans, que j'avais très envie d'instaurer plus près de chez moi. »

LA CLINIQUE DU GAMF

De cette réflexion est née la clinique du GAMF du CCOMTL. Le concept est simple : offrir la chance aux Québécois sans médecin de famille d'être évalués par une infirmière ou un infirmier.

Depuis juin 2021, l'équipe de cette clinique évalue l'état de santé de patients en attente d'un médecin de famille en vue de leur offrir les soins nécessaires et de prévenir ou dépister différents problèmes de santé qui passeraient autrement inaperçus chez cette clientèle orpheline.

« Notre objectif, c'est de combler les failles et les manquements du réseau de la santé. On vise donc des patients jeunes de 18 à 50 ans environ, atteints de maladies chroniques, dans le but de stabiliser leur état, de retarder les effets de la maladie et de faire de la prévention secondaire et tertiaire. On cherche aussi à joindre des patients de plus de 50 ans sans problème de santé connu pour effectuer des tests de dépistage », explique Marie-Christine Gras.

DES RÉSULTATS PROBANTS

Les besoins étaient criants sur le territoire du CIUSSS, où quelque 115 000 personnes sont sans médecin de famille. Parmi elles, 32 000 figurent sur la liste d'attente du GAMF.

« On ne peut pas voir tout le monde, malheureusement, déplore Marie-Christine Gras. On contacte directement les gens qui entrent dans les catégories ciblées pour leur offrir un rendez-vous. Mais les résultats sont probants. » Entre septembre 2021 et avril 2022, l'équipe de la clinique du GAMF a vu 1 500 clients. Parmi eux, 851 ont été reçus en dépistage, pour un total de 3 310 tests effectués. Parmi ceux-ci, neuf clients sur dix ont obtenu un résultat anormal.

« On a une liste de ce que j'appelle des cas miracles. Comme cet homme, à qui on a diagnostiqué dix polypes au côlon, ou cet autre, qui souffrait d'angine instable depuis six mois sans le savoir et qui risquait un arrêt cardiovasculaire. Il a dû subir un pontage. Il y a aussi un client, essoufflé en permanence, qui faisait de l'arythmie et qui est maintenant suivi en cardiologie. On lui a évité un accident vasculaire cérébral », s'émerveille l'infirmière.

Ces cas graves sont heureusement exceptionnels : « Notre équipe détecte surtout des

taux de cholestérol ou de tension plus élevés que les normes recommandées, ce qui leur permet d'instaurer des changements dans la routine du patient. »

Le constat est clair : beaucoup de problèmes pourraient être évités si les patients orphelins étaient confiés aux bons soins « d'équipes de famille », constituées par exemple d'infirmières cliniciennes, d'IPSPL, de pharmaciens et de travailleurs sociaux, plutôt que d'attendre indéfiniment d'être pris en charge par un médecin.

L'AUTONOMIE DE L'INFIRMIÈRE

Soucieuse de permettre à son équipe d'exercer un maximum d'autonomie, Marie-Christine Gras permet aux infirmières et infirmiers de sa clinique de procéder au dépistage du diabète, de l'hypertension, de l'hypercholestérolémie, de l'ostéoporose, du cancer du col utérin et du cancer du côlon grâce à des ordonnances collectives. « Les cas anormaux sont confiés aux IPSPL, qui peuvent pousser la prise en charge encore plus loin. Déjà, les infirmières cliniciennes, avec le soutien des infirmières auxiliaires, ont fait le gros du travail et monté un dossier étanche qui facilite le travail des IPSPL. »

Une fois le suivi terminé, les patients orphelins sont redirigés vers le guichet d'accès à la première ligne. « Pour les clients aux prises avec des maladies chroniques, on transfère les suivis et l'ajustement de la médication aux pharmaciens, ou on établit un plan thérapeutique pour les cas plus lourds. » Dans les rares cas où un suivi avec un médecin spécialiste est nécessaire, l'équipe contacte directement le professionnel de la santé.

C'est dans la prévention, surtout, que les infirmières exploitent au maximum leur champ de pratique et peuvent ainsi influencer positivement le système de santé. Un traitement préventif permet bien souvent d'éviter un soin médical urgent ou une visite à l'urgence. « Plus le diagnostic est précoce, plus la qualité de vie du patient s'améliore, et plus les coûts et le besoin de ressources diminuent pour le système de santé. Tout le monde, des professionnels aux patients, en passant par le contribuable, en sort gagnant. »

AGILITÉ ET ADAPTATION

Pour la gestionnaire, l'adaptation est la clé d'un fonctionnement et d'un rendement optimaux de la clinique du GAMF. « On ne cherche pas à offrir des services qui existent déjà. Pourquoi ferait-on des injections de vitamine B12, puisqu'elles sont prises en charge dans les CLSC? Je veux que la clinique s'adapte aux besoins en vue d'offrir des services qui n'existent pas et de combler les lacunes du système de santé. »

Par exemple, pour pallier les manques à gagner du réseau, les infirmières et infirmiers de la clinique procèdent actuellement au dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). « Éventuellement, on souhaiterait recevoir des cas semi-urgents et faire de la prévention en santé mentale. On y travaille, et on espère aussi un jour obtenir une ordonnance collective pour traiter les infections urinaires. J'évalue aussi la possibilité de travailler avec un physiothérapeute dans les cas de problèmes musculosquelettiques. Bref, on essaie d'être aussi agiles que possible pour réagir en fonction des besoins », explique Marie-Christine Gras.

UNE BELLE RECONNAISSANCE

Le projet et son instigatrice ont cumulé les éloges au cours des derniers mois. Marie-Christine Gras a notamment reçu le premier prix Stars du Réseau de la santé 2022, dans la catégorie Moderne, attribué à un professionnel qui a amélioré la vie des patients et des familles en mettant en place une nouvelle procédure. Elle a également obtenu le Prix innovation du Comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en plus d'être finaliste pour un prix Florence, décerné par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, dans la catégorie Promotion de la santé.

Enfin, la clinique a été reconnue dans le volet régional (Montréal/Laval) du concours Innovation infirmière, présenté par la Banque Nationale. La gestionnaire aura donc la chance de présenter son projet dans le cadre d'un atelier devant ses pairs au Congrès 2022 de l'Ordre.



Marie-Christine Gras espère que la notoriété de la clinique et les nombreux prix et reconnaissances reçus à l'échelle de la province encourageront ses pairs partout au Québec à lui emboîter le pas. « Cette clinique peut être adaptée à toutes les réalités. L'important, c'est de valoriser la profession infirmière et d'encourager les infirmières à prendre toute la place qu'elles méritent, au bénéfice du patient. » •

PRIX
FLORENCE
2023

**Soumettez une
candidature dès
le 16 janvier**

Ne manquez pas cette occasion
de reconnaître des infirmières
et infirmiers aux réalisations
inspirantes.

Pour obtenir tous les détails
dès leur parution, laissez vos
coordonnées sur
oiiq.org/prix-florence.

Joan Walker-Payette : portrait d'une infirmière déterminée

Une nouvelle bourse destinée aux personnes diplômées hors Canada désirant exercer la profession infirmière au Québec a vu le jour à la Fondation de l'OIIQ, en hommage à : Joan Walker-Payette. Grâce à la générosité de la famille Walker-Payette, une bourse de 2 500 \$ sera attribuée annuellement à une personne en processus d'obtention d'un permis d'exercice, notamment pour l'aider à combler ses besoins lors du stage non rémunéré.

par **ALEXANDRA TREMBLAY-DESROCHERS**

DEUX LANGUES, DEUX CULTURES

Fille d'un père anglais et d'une mère écossaise, Joan Walker-Payette naît en 1934 à Montréal. Elle grandit au sein d'une famille anglophone en plein milieu d'un quartier purement canadien-français.

De confession catholique, Joan suit sa scolarité dans un établissement francophone et apprend rapidement la langue française. Son bilinguisme lui fait découvrir les deux réalités culturelles et lui confère une sensibilité qui lui servira tout au long de sa carrière.

ENTRE LA MAISON ET L'HÔPITAL

Joan fréquente à plusieurs reprises les milieux hospitaliers durant sa jeunesse. Frappée par la malchance, elle subit une fracture du crâne vers l'âge de dix ans lors d'un accident de voiture. Quelques années plus tard, c'est une pyélonéphrite qui l'oblige à séjourner à l'hôpital pour recevoir des soins.

Durant ses différentes hospitalisations, Joan constate qu'elle se sent vulnérable et émotive. Elle ne le sait pas encore, mais la future infirmière mettra à profit ce vécu. Elle aura effectivement toujours à cœur le bien-être de ses patients, ayant elle-même vécu cet état de fragilité.

MAINTENANT OU JAMAIS

Assez tôt, Joan souhaite devenir infirmière. Toutefois, l'argent pour payer les études requises manque à l'appel. Elle décide donc de travailler afin d'amasser la somme nécessaire.

Dès l'âge de 16 ans, elle travaille comme secrétaire au sein de diverses entreprises. Joan aime son travail, mais l'idée de devenir infirmière ne la quitte pas. C'est ainsi que, au milieu des années 1950, Joan quitte son emploi pour entreprendre un nouveau parcours professionnel.

Elle entame des démarches pour être admise au St. Mary's Hospital, un centre hospitalier anglophone de Montréal. Toutefois, l'infirmière en chef lui annonce que, étant donné son éducation francophone, Joan doit absolument effectuer une année d'université en anglais avant de pouvoir commencer ses études d'infirmière. Déterminée, Joan tente le tout pour le tout et contacte l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc. Elle y obtient un entretien. Quelques semaines plus tard, elle reçoit la réponse tant attendue : elle est acceptée en tant qu'infirmière étudiante.

LA GRANDE INFIRMIÈRE ANGLAISE

Joan entre en formation en février 1955. Étant la seule anglophone de la cohorte, elle se fait affectueusement surnommer « la grande Anglaise » et devient de facto la référence pour tous les patients anglophones, un rôle qu'elle aime jouer. À l'école et à l'hôpital, Joan se sent à sa place. « J'ai été acceptée comme un membre de l'équipe. Nous étions tous là pour une raison, devenir infirmière. [...] Chaque geste était accompli vers un but ultime : le bien-être des patients. », souligne-t-elle.

Elle décroche ainsi son diplôme en 1958 avec la mention « grande distinction ». À sa sortie de l'école, elle

décide de rester au sein de l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc et se joint à l'équipe du département de pédiatrie. Joan travaille ensuite pour l'Hôpital Saint-Michel en œuvrant entre autres pour l'unité de soins intensifs. Rapidement, après quelques mois, on lui propose d'effectuer des remplacements en tant qu'infirmière en chef.

Toutefois, la malchance frappe de nouveau. Joan souffre d'une nécrose vasculaire de la hanche. Elle devra alors ralentir la cadence et marcher de manière modérée. « Cela signifiait abandonner ma carrière d'infirmière. Mon monde s'est effondré... J'aimais cette profession, c'était une partie de ma personnalité, de ma vie. », rapporte-t-elle.

Malgré cette fin de carrière abrupte en tant qu'infirmière, Joan ne se laisse pas abattre. Elle travaillera entre autres en tant que professeure d'anglais langue seconde et aura toujours pour but de partager cette ouverture envers les autres et les différentes cultures.

DONNER AU SUIVANT

Âgée maintenant de 88 ans, Joan Walker-Payette a toujours à cœur de donner au suivant. La nouvelle bourse de la Fondation est à l'image de sa grande détermination. À l'époque, elle a dû trouver elle-même les fonds nécessaires pour avoir accès à la profession d'infirmière et cogner à plusieurs portes en vue d'effectuer les études qu'elle convoitait.

Avec ce soutien financier octroyé à une personne diplômée hors Canada, maintenant faciliter le parcours d'autres infirmières et infirmiers d'origines diverses en les aidant à atteindre leurs objectifs de carrière, une aide bienveillante pour que tous puissent contribuer à la société québécoise. •



JOAN WALKER-PAYETTE



POUR EN SAVOIR PLUS

Pour en savoir davantage sur la Bourse Joan-Walker Payette, voire faire également un don, visitez le fondationoiiq.org.

10
ANS

STERINOVA

**HEUREUX DE VOUS
FAIRE « GAGNER » DU TEMPS
DEPUIS 10 ANS.**

Fier partenaire des hôpitaux
partout au Québec!



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



Le choc fantôme : explorer l'expérience et travailler en interdisciplinarité

Le défibrillateur cardiaque implantable, qui permet de traiter les désordres de l'activité électrique cardiaque, peut occasionner des effets désagréables chez plusieurs patients. En effet, certains ressentent des décharges électriques alors que le dispositif n'en émet aucune. Ces chocs fantômes peuvent altérer la vie des patients et de leurs proches. Grâce à ses interventions et à son travail au sein de l'équipe interdisciplinaire, l'infirmière peut aider ces patients.

par **DANIEL MILHOMME, inf., Ph. D.** et **NATHALIE MALTAIS, inf., Ph. D.**

La mort cardiaque subite (MCS) se caractérise par une perte soudaine des fonctions cardiaques, de la respiration et de l'état de conscience, habituellement causée par une interruption de l'activité électrique normale du cœur (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa [ICUO], 2022). Elle se définit comme une mort qui suit le début de symptômes chez un sujet ayant ou non une maladie cardiaque connue (Fondation Cœur et Recherche [FCR], 2022). Depuis plusieurs décennies, la MCS constitue environ 50 % des décès liés au système cardiovasculaire (Myerburg et Junttila, 2012) et représente entre 300 000 et 350 000 décès annuellement aux États-Unis (Roger et al., 2011). Myerburg et Junttila (2012) mentionnent que plus de 25 % des patients qui présentent une MCS en étaient à leur premier événement cardiaque.

Dans la littérature, la MCS a fait l'objet de plusieurs études depuis le milieu des années 80 et certaines causes génétiques (p. ex. : syndrome de Brugada et syndrome du QT allongé) ou médicamenteuses (p. ex. : antipsychotiques et tricycliques) ont été mises en lumière. Alors que des chercheurs ont tenté d'identifier les causes des désordres de l'activité électrique cardiaque menant au décès subit des patients, d'autres se sont intéressés aux traitements visant à réduire le taux de MCS lors de l'apparition d'arythmies létales. Les recherches et les avancées technologiques des dernières décennies ont mené au

développement d'un dispositif communément appelé « défibrillateur cardiovertteur implantable (DCI) ». Depuis, le DCI est l'un des instruments couramment utilisés dans le traitement de la MCS.

DÉFIBRILLATEUR CARDIOVERTEUR IMPLANTABLE

Le DCI est un dispositif électronique qui permet de traiter et de convertir les arythmies potentiellement létales chez les patients qui présentent une altération de l'activité électrique normale. Cette altération est souvent observée en présence d'une insuffisance cardiaque sévère, mais aussi de différentes pathologies comme la dysplasie ventriculaire droite arythmogène, le syndrome du QT allongé ou le syndrome de Brugada. Minuscule ordinateur d'environ 70 grammes et de la taille d'une montre (Medtronic, 2022), le DCI est utilisé depuis le milieu des années 80 en prévention primaire ou secondaire pour surveiller et stimuler les oreillettes et les ventricules, et délivrer des chocs à énergie variable servant à traiter les arythmies (Maass, 2013). Bien que ces chocs paraissent de faible intensité (généralement entre 21 et 31 J), il n'en demeure pas moins qu'ils peuvent aussi être très inconfortables, au point même de nuire à la qualité de vie du patient. En effet, après la délivrance d'un choc électrique, les réactions peuvent être variables. Des étourdissements, de la désorientation ou une sensation de malaise peuvent parfois être observés (Medtronic 2022).

De manière générale, la littérature est somme toute explicite en ce qui concerne la réponse émotionnelle des patients à la suite de l'installation d'un DCI. Des résultats d'études montrent que les patients porteurs de ce type de dispositif peuvent notamment présenter de l'anxiété ou des signes de dépression (Bilge et al., 2006; Israelsson et al., 2018; Zartaloudi et Pappa, 2019). Miller, Thylén et Moser (2016) mentionnent entre autres que les femmes et les jeunes adultes seraient davantage à risque de présenter de l'anxiété associée au DCI. Bien que les manifestations d'anxiété ou de dépression puissent être issues de différents facteurs liés à l'implantation d'un DCI, il n'en demeure pas moins qu'elles sont souvent associées de près ou de loin à l'émission de chocs par le dispositif. Ces chocs peuvent être consécutifs à la détection d'une arythmie létale, à une dysfonction du dispositif ou à un mauvais ajustement des paramètres. Toutefois, certains patients disent ressentir l'émission de décharges électriques par le DCI alors que l'analyse des données informatiques fournies par le dispositif laisse voir qu'aucune décharge n'a été administrée au patient. Dans ce cas, il s'agit fort probablement de chocs fantômes.

CHOC FANTÔME

Le choc fantôme se définit comme l'expérience d'une décharge électrique du DCI rapportée par le patient, sans l'enregistrement de cette décharge par le dispositif (Prudente, 2005). À ce jour, les causes des chocs fantômes ne sont pas bien identifiées, bien que depuis son apparition en 1992, plusieurs études aient tenté de mettre en lumière les causes et les conséquences de ces événements indésirables. Dans le cadre de leur étude, Kraier et al. (2013) mentionnent que les chocs fantômes sont présents chez environ 5 % des patients porteurs d'un DCI, mais que cette donnée est fort probablement sous-estimée en raison des données non rapportées par les patients. Varghese, Geller et Ohlow (2019), quant à eux, mentionnent que parmi les 349 patients porteurs d'un DCI qui ont participé à une enquête, 27 patients, soit l'équivalent de 6,4 %, ont témoigné de chocs fantômes au cours des 64 mois suivant l'installation du dispositif. Pour leur part, Jacob et al. (2012) ont noté que les patients porteurs d'un DCI qui ont déjà fait usage de cocaïne (42,1 %) et ceux ayant vécu des décharges électriques intempestives et réelles par le DCI étaient plus susceptibles d'avoir des chocs fantômes (39,5 %) que les autres patients. En ce qui concerne le nombre de chocs ressentis, la littérature montre qu'il peut être variable, mais certains patients peuvent ressentir 25 à 30 chocs avant de présenter des signes d'altération de la santé mentale, notamment des signes de dépression (Prudente, 2003).

Dans la littérature, on observe que les patients qui développent des chocs fantômes présentent des niveaux d'anxiété et de dépression plus élevés que la population générale de patients porteurs de DCI (Prudente 2005; Prudente et al., 2006). Ces résultats sont corroborés par Jacob et al. (2012), selon lesquels les patients qui présentent des chocs fantômes ont une prévalence plus élevée d'anxiété (23,7 %) et de dépression documentée (31,6 %). Gibson et Kunta (2007) mentionnent même que plus les patients reçoivent des chocs, plus ils vont expérimenter de la reviviscence à travers les chocs fantômes, ce qui favorise notamment l'évitement et l'hypervigilance – symptômes que l'on retrouve dans le trouble de stress post-traumatique [TSPT]. Sears et al. (2011) se sont aussi intéressés au TSPT lors de l'implantation d'un DCI et ont constaté que 20 % des personnes qui subissent des chocs fantômes présentent également des manifestations de ce type de stress. Dans l'Encadré 1, on retrouve les caractéristiques principales d'une personne avec un DCI qui est plus à risque de présenter des symptômes psychiatriques comme la dépression ou l'anxiété. Ainsi, pour Gibson et Kunta (2007), une personne de plus de 50 ans ayant un

pronostic cardiaque défavorable, un faible soutien social et des antécédents psychiatriques, puis nécessitant régulièrement des changements de DCI pourrait présenter un risque plus élevé de ressentir des symptômes anxieux ou dépressifs.

Encadré 1 FACTEURS PRÉDISPOSANT AUX MANIFESTATIONS PSYCHOLOGIQUES

Age : > 50 ans
Soutien social : Peu ou pas présent
Pronostic cardiaque : Négatif
Antécédents : Maladie psychiatrique
Individuel : Nécessite des changements fréquents de DCI

Source : Gibson et Kunta, 2007.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE : EXPLORER L'EXPÉRIENCE DES PATIENTS PORTEURS D'UN DCI ET TRAVAILLER EN INTERDISCIPLINARITÉ

Jiang et al. (2018) soulignent l'importance de communiquer de l'information lors de l'installation d'un DCI. Les infirmières s'assurent que les renseignements reflètent les besoins du patient afin qu'il soit capable de vivre avec ce dispositif. De là, elles prennent en compte ses caractéristiques (le genre, l'âge, la sévérité et le type de problème cardiaque) avant de lui transmettre de l'information et planifier le congé, en vue ainsi d'assurer une transition plus aisée entre l'hôpital et la maison. Jiang et al. (2018) mentionnent également qu'il est essentiel de créer un climat de confiance dans lequel les infirmières encouragent le patient à poser des questions, ce qui permet de bonifier l'information et de rectifier les incompréhensions.

L'infirmière, qui accueille un patient porteur d'un DCI, évalue son état émotionnel ainsi que la façon dont il perçoit la maladie (Encadré 2). Les données recueillies vont l'aider à connaître l'expérience vécue par le patient après l'implantation du DCI et à détecter les manifestations d'anxiété ou de dépression. En fait, l'anxiété est souvent accompagnée de distorsions cognitives de type « catastrophe » ou encore de type « surgénéralisation ». Alors que les distorsions de types « catastrophe » amèneraient, par exemple, une surestimation des effets des chocs en public, le type « surgénéralisation » pourrait provoquer l'évitement de certaines activités par crainte de l'apparition de chocs au cours de ces activités (Gibson et Kunta, 2007). À titre d'exemple, Ravindravath et Pelosi (2012) mentionnent que 55 % des patients porteurs d'un DCI vont éviter à tort les activités de la vie quotidienne afin de réduire la sollicitation du dispositif. Pour leur part, Dunbar et al. (2012) mentionnent que plusieurs patients présentent de l'anxiété au cours des voyages, craignant que le DCI ne se décharge. Cela démontre la nécessité de bien informer le patient porteur de ce type de dispositif pour éviter les craintes qui sont parfois injustifiées.



LA FLORIDA SHOCK ANXIETY SCALE

La Florida Shock Anxiety Scale (FSAS) (Kuhl et al., 2006) est une échelle figurant parmi les instruments couramment utilisés dans la littérature pour mesurer l'anxiété chez les patients porteurs d'un DCI (Tripp et al., 2019). Une autre échelle, plus brève, l'ANxiety scale (ANX4) a été développée et validée. Cet outil est également conçu pour détecter l'anxiété des patients vivants avec un DCI.

Encadré 2
EXEMPLES D'INTERVENTIONS INFIRMIÈRES À PRIVILÉGER AVEC
LES PERSONNES VIVANT AVEC UN DCI

Évaluer les facteurs de stress possibles pour le patient à travers son histoire médicale
Évaluer la possible présence de déficits cognitifs
Évaluer les signes et les symptômes d'anxiété ou de dépression
Évaluer le soutien social de la personne
Évaluer le niveau de compréhension, des connaissances et de l'acceptation de la condition du patient
Évaluer les facteurs de protection personnels et environnementaux de la personne
Utiliser et enseigner des techniques de relaxation et de résolution de problèmes
Travailler en équipe interdisciplinaire pour soutenir le patient et sa famille

Source : Sommaruga et al., 2018; Dunbar et al., 2012.

Étant donné que le rétablissement d'une personne se produit dans un contexte familial, l'infirmière tient aussi compte de l'expérience des membres de la famille, plus particulièrement de celle de la conjointe ou du conjoint. L'infirmière reconnaît que les membres de la famille peuvent éprouver des symptômes similaires à ceux du patient. Elle tient compte du fait que le changement de la dynamique familiale, notamment dans les rôles ainsi que dans les relations entre les membres, peut entraîner un stress supplémentaire (Wright et Leahey, 2014). L'infirmière doit donc être vigilante dans la détection des déséquilibres tant individuels que familiaux. Le modèle d'évaluation et d'intervention de Calgary, qui permet de bien évaluer la structure, le

développement ainsi que le fonctionnement de la famille, peut être utile pour bien comprendre les impacts d'un DCI sur les familles d'une personne vivant avec un tel dispositif (Duhamel, 2015).

Le travail interdisciplinaire dans la prise en charge des patients porteurs d'un DCI, plus particulièrement de ceux qui présentent des chocs fantômes, est l'un des éléments clés susceptibles de contribuer à réduire les conséquences associées aux éventuelles manifestations. Sommaruga et al. (2018) suggèrent des interventions pouvant être effectuées en interdisciplinarité pour le traitement des symptômes psychologiques auprès des patients avec un DCI (Encadré 3). Ils proposent des rencontres individuelles qui s'appuient sur les principes de l'approche motivationnelle et sur des sessions de psychoéducation au sujet des facteurs de risque (diète, tabagisme, hygiène de sommeil, etc.). Les auteurs abordent aussi l'importance des groupes de soutien par les pairs ainsi que l'enseignement de techniques de relaxation et de résolution de problèmes.

La psychothérapie selon différentes approches peut aussi être suggérée. À ce sujet, Lewin et al. (2009) ont comparé l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) avec les traitements habituels (qui consistent uniquement à communiquer des informations). Ainsi, après six mois d'intervention chez les deux groupes de patients, les participants ayant suivi la TCC ont rapporté moins de limitations physiques, une meilleure qualité de vie et des niveaux d'anxiété et de dépression moins élevés que les participants ayant été soumis aux traitements habituels, et ce, même si des chocs fantômes ont persisté dans le temps. Ces résultats diffèrent de ceux d'une étude réalisée dans les années 90 (Chevalier et al., 1996), selon laquelle les patients ayant suivi une TCC durant une période de trois mois ont mentionné avoir ressenti moins de chocs et rapporté un taux d'anxiété moins élevé; ces résultats ont perduré jusqu'à douze mois après la thérapie.

Pour leur part, Hairston et al. (2019) indiquent que, en vue d'atténuer les chocs fantômes chez les patients consommateurs de cocaïne et présentant des symptômes d'anxiété et de dépression, la combinaison d'antidépresseurs et d'une TCC est un traitement efficace. On rapporte aussi que le traitement avec un hypnotique (Zolpiden) s'est avéré un succès pour les chocs fantômes nocturnes dans un autre étude de cas (Hamner et al., 1999). Ces mêmes auteurs décrivent que la combinaison d'antidépresseurs et de psychothérapie a eu un résultat positif pour deux patients ayant eu des chocs fantômes et un TSPT.

En somme, la contribution de l'infirmière, du psychologue et du médecin est donc très importante dans la prise en charge des patients qui présentent des chocs fantômes.

Encadré 3
EXEMPLES DE SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES POUVANT ÊTRE
RESSENTIS PAR UNE PERSONNE VIVANT AVEC UN DCI

Changement de l'image corporelle
Changement de la sexualité
Changement de la santé reproductive
Problèmes pouvant survenir après la pose du DCI, qui nuisent à la capacité de rétention de l'information sur le dispositif et à ses fonctionnalités
Chocs involontaires, appréhensions, peur de la mort, restrictions diverses rencontrées dans la vie quotidienne

Source : Sommaruga et al., 2018.

EN CONCLUSION

Les infirmières doivent reconnaître l'importance de l'impact d'un DCI sur la qualité de vie des patients et de leur famille, en plus de demeurer à l'affût des facteurs qui prédisposent les patients à percevoir des chocs fantômes. Parmi les principaux éléments qui font actuellement l'objet de recherches, on observe surtout l'anxiété et la dépression. Bien qu'il n'existe actuellement pas de traitement spécifique à l'intention des patients qui perçoivent des chocs alors qu'il n'y en a pas, le rôle de l'infirmière dans la détection des manifestations d'anxiété ou de dépression et la mise en place d'interventions interdisciplinaires en santé mentale pourrait certes jouer un rôle déterminant dans la prise en charge d'un patient ayant un DCI. •

Étudiez en anglais* à l'une des meilleures universités au monde!

- Large éventail de programmes de premier cycle, de deuxième cycle et de doctorat, y compris le BSII en ligne pour les personnes titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers
- Une communauté soudée, axée sur les étudiantes et étudiants
- Des laboratoires de simulation de pointe, des salles de classe modernes et des salles d'étude lumineuses

*Les travaux et les examens peuvent être soumis en français.



Faites votre demande dès maintenant :

mcgill.ca/nursing/fr



McGill

École des sciences infirmières Ingram

LES AUTEURS

DANIEL MILHOMME

Inf., Ph. D.

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.

NATHALIE MALTAIS

Inf., Ph. D.

Infirmière et professeure en santé mentale au Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR), campus de Lévis. Elle est titulaire d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheuse au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE).

RÉFÉRENCES

- Blige, A.K., Ozben, B., Demircan, S., Cinar, M., Yilmaz, E. et Adalet, K. (2006). «Depression and anxiety status of patients with implantable cardioverter defibrillator and precipitating factors». *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 29(6), 619-626.
- Chevalier, P., Verrier, P., Kirkorian, G., Touboul, P. et Cottraux, J. (1996). «Improved appraisal of the quality of life in patients with automatic implantable cardioverter defibrillator: A psychometric study». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(1), 49-56.
- Duhamel, F. (dir.). (2015). «La santé et la famille – Une approche systémique en soins infirmiers» (3^e éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Dunbar, S.B., Dougherty, C.M., Sears, S.F., Carroll, D.L., Goldstein, N.E., ... Zeigler, V.L. (2012). «Educational and psychological interventions to improve outcomes for recipients of implantable cardioverter defibrillators and their families: A scientific statement from the American Heart Association». *Circulation*, 126(17), 2146-2172.
- Fondation Cœur et Recherche (FCR). (2022). «Mort subite de l'adulte». Paris: Maison du cœur. Repéré à <http://www.coeur-recherche.fr/mort-subite-de-l-adulte-ifr81e0>
- Gibson, D.P. et Kunta, K.K. (2007). «Managing anxiety in patient with implanted cardiac defibrillators». *Current Psychiatry*, 6(9), 17-28.
- Hairston, D.R., de Similien, R.H., Himelhoch, S. et Forrester, A. (2019). «Treatment of phantom shocks: A case report». *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 54(3), 181-187.
- Hammer, M., Hunt, N., Gee, J., Garrell, R. et Monroe, R. (1999). «PTSD and automatic implantable cardioverter defibrillators». *Psychosomatics*, 40(1), 82-85.
- Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa (ICUO). (2022). «Arrêt cardiaque soudain». Repéré à <https://www.ottawaheart.ca/fr/maladie-du-coeur/arrêt-cardiaque-soudain>
- Israelsson, J., Thylén, I., Strömberg, A., Bremer, A. et Årestedt, K. (2018). «Factors associated with health-related quality of life among cardiac arrest survivors treated with an implantable cardioverter-defibrillator». *Resuscitation*, 132, 78-84.
- Jacob, S., Panaich, S.S., Zalawadiya, S.K., McKelvey, G., Abraham, G., ... Marsh, H.M. (2012). «Phantom shocks unmasked: Clinical data and proposed mechanism of memory reactivation of past traumatic shocks in patients with implantable cardioverter defibrillators». *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*, 34(2), 205-213.
- Jiang, Y., Shorey, S., Seah, B., Chan, W.X., Tam, W.W.S. et Wang, W. (2018). «The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure—A systematic review and meta-analysis». *International Journal of Nursing Studies*, 78, 16-25.
- Kraaier, K., Starrenburg, A.H., Verheggen, R.M., van der Palen, J. et Scholten, M.F. (2013). «Incidence and predictors of phantom shocks in implantable cardioverter defibrillator recipients». *Netherlands Heart Journal*, 21(4), 191-195.
- Kuhl, E.A., Dixit, N.K., Walker, R.L., Conti, J.B. et Sears, F.S. (2006). «Measurement of patient fears about implantable cardioverter defibrillator shock: An initial evaluation of the Florida Shock Anxiety Scale». *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 29(6), 614-618.
- Lewin, R.J., Coulton, S., Frizelle, D.J., Kaye, G. et Cox, H. (2009). «A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions». *Heart*, 95(1), 63-69.
- Maass, A.H. (2013). «Phantom shocks: Innocent bystander or complication of implantable cardioverter defibrillator therapy?». *Netherlands Heart Journal*, 21(4), 189-190.
- Medtronic. (2022). «À propos des défibrillateurs automatiques implantables». Repéré à [https://www.medtronic.com/be-fr/patients/traitements-therapies/tachycardie/defibrillateur-automatique-implantable.html#:~:text=Un%20d%C3%A9fibrillateur%20automatique%20implantable%20\(DAI\)%20est%20un%20minuscule%20ordinateur%20avec,au%20dessus%20de%20la%20clavicule](https://www.medtronic.com/be-fr/patients/traitements-therapies/tachycardie/defibrillateur-automatique-implantable.html#:~:text=Un%20d%C3%A9fibrillateur%20automatique%20implantable%20(DAI)%20est%20un%20minuscule%20ordinateur%20avec,au%20dessus%20de%20la%20clavicule)
- Miller, J.L., Thylén, I. et Moser, D.K. (2016). «Gender disparities in symptoms of anxiety, depression, and quality of life in defibrillator recipients». *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 39(2), 149-159.
- Myerburg, R.J. et Junttila, M.J. (2012). «Sudden cardiac death caused by coronary heart disease». *Circulation*, 125(8), 1043-1052.
- Prudente, L.A. (2003). «Phantom shock in a patient with an implantable cardioverter defibrillator: Case report». *American Journal of Critical Care*, 12(2), 144-146.
- Prudente, L.A. (2005). «Psychological disturbances, adjustment, and the development of phantom shocks in patients with an implantable cardioverter defibrillator». *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 288-293.
- Prudente, L.A., Reigle, J., Bourguignon, C., Haines, D.E. et DiMarco, J.P. (2006). «Psychological indices and phantom shocks in patients with ICD». *Journal of Interventional Cardiac Electrophysiology*, 15(3), 185-190.
- Ravindranath, D. et Pelosi, F. (2012). «Psychiatric aspects of sudden cardiac arrest and implantable cardioverter defibrillators». Dans Riba, M., Wulsin, L. et Rubenfire, M. (dir.). *Psychiatry and heart disease: The mind, brain and heart* (p. 77-87). UK: Wiley-Black.
- Roger, V.L., Go, A.S., Lloyd-Jones, D.M., Adams, R.J., Berry, J.D., ... Wylie-Rosett, J. (2011). «Heart disease and stroke statistics—2011 update: A report from the American Heart Association». *Circulation*, 123(4), e18-e209. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182009701>
- Sears, S.F., Hauf, J.D., Kirian, K., Hazelton, G. et Conti, J.B. (2011). «Posttraumatic stress and the implantable cardioverter-defibrillator patient: What the electrophysiologist needs to know». *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*, 4(2), 242-250.
- Sommaruga, M., Angelino, E., Porta, P., Abatello, M., Baiardo, G., ... Pierobon, A. (2018). «Best practices in psychological activities in cardiovascular prevention and rehabilitation: Position paper». *Monaldi Archives for Chest Disease*, 88(2), 966.
- Tripp, C., Huber, N.L., Kuhl, E.A. et Sears, S.F. (2019). «Measuring ICD shock anxiety: Status update on the Florida Shock Anxiety Scale after over a decade of use». *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 42(10), 1294-1301.
- Varghese, S., Geller, J.C. et Ohlow, M.-A. (2019). «Phantom shocks in implantable cardioverter-defibrillator recipients: Impact of education level, anxiety, and depression». *Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie*, 30(3), 306-312.
- Wright, L.M. et Leahy, M. (2014). «L'infirmière et la famille – Guide d'évaluation et d'intervention» (4^e éd.). Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Zartloulou, A. et Pappa, A. (2019). «Anxiety and depression in implanted cardioverter defibrillator (ICD)». *Perioperative Nursing (Gorna)*, 8(2), 16-23. Repéré à <https://doi.org/10.5281/zenodo.3491455>

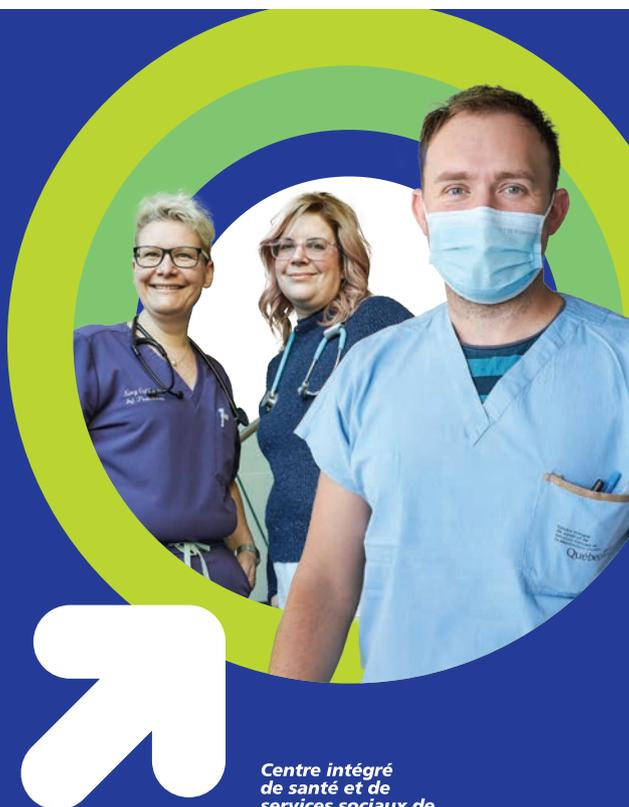
Droit au cœur... de votre pratique!

Vous faites partie de notre solution!

- Infirmières
- Infirmières praticiennes spécialisées (SM et SA)

Développement de postes dans plusieurs secteurs spécialisés et en demande.

nousrecrutons.ca



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

Québec

Une journée à ne pas manquer

Rabais hâtif
jusqu'au 24 octobre

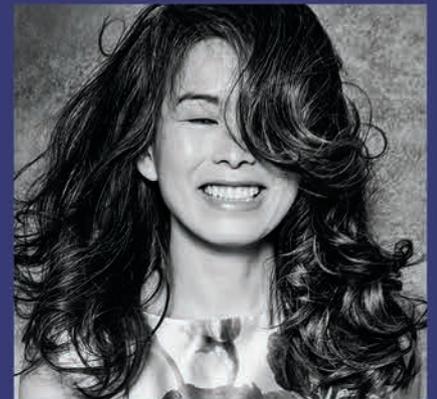
Participer au **Congrès de l'OIIQ**, c'est apprendre, découvrir, s'inspirer; c'est mettre votre expertise en action afin de relever les défis de la profession et de contribuer à un Québec en santé.

Au Palais des congrès de Montréal
Ou **en ligne** si vous ne pouvez être sur place

Programme et inscription
oiiq.org/congres-2022



Grande conférence de Kim Thúy



Kim Thúy par Carl Lessard

Merci à nos partenaires

beneva

TD Assurance

BANQUE NATIONALE

paladin
une compagnie de endo international
an endo international company

vocera
Now part of Stryker

ERPI

Choix entre trois parcours



INFIRMIER

Activités et ateliers axés sur la pratique et les enjeux de la profession.



EXAMEN

Une journée dédiée à la préparation à l'examen professionnel.



INTÉGRATION

Pour les personnes diplômées hors Canada qui souhaitent exercer au Québec.

Accès en différé aux contenus de votre parcours jusqu'à quatre semaines après l'événement

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>01. Les causes du trouble dépressif sont uniquement biologiques, c'est-à-dire que ce trouble mental est dû à des anomalies de certains neurotransmetteurs.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>02. Le repérage du trouble dépressif caractérisé peut se faire en quelques minutes, dans la plupart des milieux de soins.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>03. Une personne qui vit un trouble dépressif caractérisé présente nécessairement une humeur déprimée.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>04. L'activation comportementale, une intervention utilisée pour diminuer les symptômes dépressifs, consiste à demander à la personne d'augmenter le temps consacré à l'activité physique dans son quotidien.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>05. Les traitements pharmacologiques sont généralement requis lorsque le trouble dépressif atteint un degré de sévérité allant de modéré à élevé.</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



POUR EN SAVOIR PLUS

Vous souhaitez en apprendre davantage sur les troubles dépressifs? Suivez la formation en salle ou à distance *Troubles dépressifs : dépister, évaluer, intervenir* à oiiq.org/troubles-depressifs

À PROPOS DU trouble dépressif caractérisé

par PIERRE PARISEAU-LEGAULT, inf., professeur au Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais et ANDRÉE-ANNE CHOQUETTE, inf., professeure praticienne en science de la santé, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

La dépression, ou trouble dépressif caractérisé, touchera un adulte canadien sur cinq au cours de la vie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2017), il s'agit de la principale cause d'invalidité dans le monde. Au Québec, des initiatives comme le programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) ont été proposées en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale à l'intention des personnes vivant avec ce trouble. Les infirmières œuvrant en communauté ou en établissement de santé sont appelées à apporter une contribution importante au rétablissement des personnes symptomatiques, que ce soit par le dépistage, l'évaluation, l'intervention ou le suivi clinique.

RÉPONSES EN PAGE 48



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



Hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs : l'expérience des parents

Une revue de la littérature décrit les besoins, les attentes et les stratégies d'adaptation des parents d'un enfant hospitalisé aux soins intensifs pédiatriques.

L'hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs pédiatriques (SIP) est une expérience difficile pour l'enfant et pour ses parents. Toute infirmière œuvrant aux SIP doit comprendre l'expérience de ces parents. Pour favoriser leur implication dans le processus de soins, elle doit identifier les stresseurs, percevoir l'impact sur la famille, répondre à leurs besoins et reconnaître les stratégies d'adaptation.

par **JADE DESFORGES, inf., M. Sc. inf., CHRISTINE GENEST, inf., Ph. D. et ANNE-MARIE MARTINEZ, inf., M. Sc., T.C.F.**

Chaque stade du cycle de vie familial requiert une adaptation. Or, l'hospitalisation d'un enfant aux soins intensifs est un défi énorme qui augmente les facteurs de stress et perturbe le cycle familial (Carter et McGoldrick, 1999). La structure de la famille doit s'adapter et les rôles changent. Les parents deviennent alors vulnérables et différents éléments stressants imprévus accentuent cette vulnérabilité (Côa et Pettengill, 2011).

Une revue de la littérature basée sur 61 articles a permis de faire ressortir trois thèmes quant à l'expérience vécue par les parents : les éléments stressants; l'impact sur la famille et les besoins et attentes des parents; ainsi que leurs stratégies d'adaptation (n=61).

ÉLÉMENTS STRESSANTS

Santé de l'enfant

La détresse de l'enfant et la sévérité de sa maladie sont les deux éléments qui stressent le plus ses parents (Hagstrom, 2017).

Réaliser que l'enfant est en situation de vie ou de mort effraie et déstabilise les parents dès le moment où ils prennent conscience de la sévérité de sa maladie, des étapes et des soins à venir (Alzawad et al., 2020). Leur principale préoccupation est alors que leur enfant survive

et reçoive les meilleurs soins. Conséquemment, les parents ont tendance à rester en retrait durant la phase aiguë de la maladie, à accepter les règles imposées et à laisser les professionnels de la santé intervenir (Butler et al., 2019).

Par la suite, ils comprennent mieux la situation, gagnent en confiance dans leurs capacités et veulent s'impliquer dans les soins (Butler et al., 2019). Il importe donc de leur communiquer l'évolution de la condition de santé de leur enfant. Il importe aussi de souligner leurs forces et, ainsi, faire en sorte qu'ils se sentent plus compétents face aux soins à offrir.

La maladie peut aussi entraîner un état de détresse physique et psychologique chez l'enfant. Il se manifeste par un inconfort et de l'agitation pouvant mener à des crises que les parents n'avaient jamais observées auparavant. Ils ont alors l'impression de ne pas reconnaître les comportements de leur enfant (Hagstrom, 2017).

Plusieurs traitements modifient l'apparence d'un enfant, ce qui insécurise ses parents (Lisanti et al. 2017; Rodriguez-Rey et Alonso-Tapia, 2016). Par exemple, une cyanose ou un œdème généralisé, fréquemment observés chez des enfants aux SIP, peuvent surprendre et inquiéter les parents (Colville et al., 2009; Hagstrom, 2017).

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP signifie que son état de santé est instable et qu'il pourrait en mourir. Parfois, son décès est inévitable et, naturellement, cela accroît le stress de ses parents (Côa et Pettengill, 2011; Colville et al., 2009). Bien que la mort soit un processus naturel, le décès d'un enfant ne l'est pas. De façon générale, les parents ressentent qu'il est inacceptable que leur enfant décède avant eux (Lafontaine, 2008). Plusieurs affirment d'ailleurs que leur vie est dominée par la crainte de perdre leur enfant (Simeone et al., 2018).

Milieu de soins intensifs

Les unités de soins intensifs regroupent des patients très malades dont plusieurs fonctions vitales peuvent être à risque de défaillance (UETMIS, 2014). Les SIP impliquent une présence infirmière et une surveillance continue des enfants (Lacroix et al., 2007). Les unités de SIP exigent une action constante (Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Certains parents mentionnent se sentir comme « dans un autre monde » en raison, entre autres, de la transition subite entre un environnement dit normal et celui peu familier et chaotique des soins intensifs (Alzawad et al., 2020; Dahav et Sjöström-Strand, 2017).

En soi, les soins intensifs sont source de stress pour les parents parce qu'ils ne savent pas s'ils parviendront à sauver leur enfant (Hagstrom, 2017). Dans un milieu de soins intensifs, les parents rencontrent de l'inconnu et de l'imprévisibilité (Hagstrom, 2017; Jee et al., 2012). Ils y sont confrontés dès l'arrivée ou le transfert de l'enfant aux SIP, où ils sont forcés d'attendre avant de pouvoir se rendre à son chevet. Dans plusieurs établissements, les parents attendent en retrait de l'unité pendant que l'équipe installe l'enfant dans sa chambre. Selon l'étude de Béranger et al. (2018), le délai d'attente serait en moyenne de 30 minutes. Ces délais dépendent aussi du temps avant d'obtenir des résultats de tests et d'examen ou encore avant de compléter une procédure de soins (Jones et Lynn, 2018).

Cette attente est très anxiogène pour les parents, surtout s'ils ne sont pas tenus informés de l'état de santé de leur enfant (Béranger et al., 2018; Lisanti et al., 2017). Cette anxiété est exacerbée par la soudaineté de l'hospitalisation aux soins intensifs. Les parents sont préoccupés non seulement par la santé de leur enfant mais aussi par les routines de l'unité, les nombreux professionnels de la santé qu'ils côtoient et les canaux d'information (Alzawad et al., 2020; Butler et al., 2019). Même pour des parents déjà familiers avec le milieu hospitalier, par exemple ceux dont l'enfant arrive des soins néonataux, les changements d'unité et de mode de fonctionnement peuvent être déstabilisants ou rappeler des mauvais souvenirs (Butler et al., 2019; Côa et Pettengill, 2011).

De plus, l'état de santé précaire des enfants hospitalisés aux SIP nécessite des soins plus invasifs (Lacroix et al., 2007). Ces soins peuvent requérir entre autres l'installation de cathéters servant aux perfusions et à l'administration de médicaments. En plus de tubulures, les enfants peuvent être connectés à des pompes, ventilateurs et moniteurs. Ces appareils sont bruyants et équipés d'alarmes parfois inquiétantes pour les parents (Alzawad et al., 2020; Lisanti et al., 2017). Si les enfants doivent être intubés pour une assistance respiratoire, l'usage de contentions physiques ou chimiques est nécessaire pour assurer leur sécurité. Sinon, ils peuvent avoir le visage entièrement recouvert par un masque facial afin d'assurer une ventilation non invasive efficace. Ces modes ventilatoires contribuent au stress des parents (Béranger et al., 2017; Jones et Lynn, 2018; Macdonald et al., 2012).

En plus de tubes et appareils, plusieurs procédures médicales s'effectuent dans la chambre. Elles requièrent un environnement stérile et de l'espace. Les parents ne peuvent donc pas toujours rester auprès de leur enfant

durant ces soins. Ces procédures peuvent être longues et difficiles à observer pour ceux déjà inquiets par l'état de santé de leur enfant (Colville et al., 2009; Ebrahim et al., 2013). Plusieurs préfèrent rester au chevet de leur enfant parce qu'ils craignent une détérioration soudaine de son état de santé ou encore ne veulent pas manquer la visite d'un professionnel pendant leur absence (Lisanti et al., 2017).

Entre les nombreuses visites des membres de l'équipe soignante et des consultants, les parents mentionnent fréquemment le peu d'occasions favorisant l'intimité entre les membres de la famille. Ce manque d'intimité est dû également à la proximité des autres patients et de leur famille aux SIP (Hill, 2018; Lisanti et al., 2011). Les parents sont ainsi témoins de situations difficiles vécues par d'autres familles, telle une réanimation cardiorespiratoire. Certaines études rapportent que ces épisodes rendent les parents inconfortables, voire en état de choc, même s'il ne s'agit pas de leur famille (Gaudreault et Carnevale, 2012; Jones et Lynn, 2018; Lisanti et al., 2017).

Les règles de l'unité des SIP contribuent également au stress des parents. Mises en place pour assurer la sécurité des soins et prévenir les infections, elles ne sont pas toujours comprises et peuvent être perçues négativement par les parents (Baird et al., 2015). Ils ont l'impression que ces règles les empêchent de participer aux soins ou de passer du temps en famille (Côa et Pettengill, 2011; Hagstrom, 2017). D'ailleurs, les parents apprécient beaucoup que leurs autres enfants puissent voir leur frère ou leur sœur hospitalisé car leurs visites réduisent le stress lié à la séparation (Hagstrom, 2017).

Une autre règle incomprise est celle interdisant aux parents de manger dans la chambre de leur enfant. Ceux qui ne désirent pas quitter le chevet sont alors contraints à passer plusieurs heures sans manger (Baird et al., 2015). Les parents insistent et apportent un repas ou une collation dans la chambre, ou encore permettent à la fratrie de visiter l'enfant malade. Les infirmières considèrent alors que ces familles ne respectent pas les règles, ce qui peut les mener à les percevoir comme une clientèle difficile. Cette situation devient une source de malentendus, voire de conflits entre les infirmières et ces familles, qui alourdit ensuite l'expérience de soins des parents (Baird et al., 2015). La communication entre l'infirmière et les parents devient encore plus essentielle. Toutefois, l'application de certaines règles pourrait être plus flexible. L'infirmière doit faire appel à son jugement clinique à tout moment.

D'autres irritants rapportés par les parents sont en lien avec les modifications constamment apportées au plan de soins ou au niveau de soins, le remplacement des infirmières en charge ou les déménagements de chambre. Ces modifications irritent les parents, car les raisons qui les justifient ne sont pas toujours comprises (Greenway et al., 2019; Hill et al., 2019; Jones et Lynn, 2018). En raison du manque de personnel et de ressources, des changements dans les équipes et des déplacements peuvent survenir. Les parents ne peuvent donc pas s'installer; ils doivent se réorienter sur l'unité, rebâtir une relation de confiance avec une autre infirmière et lui laisser le temps d'apprendre à connaître les particularités de leur enfant (Hill et al., 2019; Jones et Lynn, 2018).

L'état de santé d'un enfant hospitalisé et l'unité de soins intensifs sont des facteurs de stress pour les parents. Ils affectent non seulement les parents mais tous les membres de la famille.

IMPACT SUR LA FAMILLE

Impact sur les parents

Lors de l'hospitalisation d'un enfant aux SIP, ses parents sont ébranlés et vivent de multiples émotions, parfois contradictoires, allant de la peur, la culpabilité et l'impuissance devant la douleur de leur enfant à l'espoir,

l'optimisme et la prudence (Ames et al., 2011; Latour et al., 2011). Les parents ont parfois beaucoup de difficulté à gérer leurs émotions et peuvent se sentir dépassés par les événements (Alzawad et al., 2020; Côté et Pettengill, 2011). Ils sont anxieux mais se sentent à la fois soulagés et rassurés que leur enfant soit enfin pris en charge. Dès leur arrivée à l'unité, ils ressentent un profond sentiment d'irréalité devant ce qui leur arrive et la haute technologie qui les entoure (Alzawad et al., 2020; Colville et al., 2009). Ils peuvent sentir de la frustration à l'égard des soins, surtout si leur enfant souffre constamment ou s'ils ne se sentent pas traités de façon humaine (Engström et al., 2014). À un certain point, ils peuvent éprouver une grande fatigue psychologique, causée par la souffrance de leur enfant et la détérioration de son état de santé, pouvant les mener à un sentiment de désespoir (Alzawad et al., 2020).

Les parents peuvent également vivre le deuil de l'enfant dit *normal* lors d'une hospitalisation aux SIP en raison de leurs craintes quant à son développement futur (Cantwell-Bartl et Tibbals, 2013). Ce sentiment peut également survenir si les parents sont présents lors de complications ou pendant un arrêt cardiorespiratoire pouvant laisser des séquelles importantes (Cantwell-Bartl et Tibbals, 2013).

Comme souligné par de nombreux écrits, au-delà de la perte d'un enfant *normal* existe la perte du rôle parental (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Jones et Lynn, 2018; Simeone et al., 2018). Ce sentiment s'explique d'abord parce que le rôle premier d'un parent est de protéger son enfant. Durant son hospitalisation, ce rôle devient presque impossible. Les parents peuvent avoir des réticences à approcher leur enfant alors qu'il est connecté à des appareils susceptibles d'émettre des alarmes et de provoquer chez lui de l'inconfort. Ils ont l'impression de ne plus savoir comment prendre soin de leur enfant et que leur rôle de parents leur est retiré (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Simeone et al., 2018).

Après quelques jours à l'unité de SIP, le manque de sommeil s'installe. Au début, des parents refusent d'aller dormir chez eux, craignant que leur enfant se réveille et ait peur en constatant leur absence (Baird et al., 2015). Ensuite, la fatigue s'accumule entre autres à cause des bruits qui les tiennent éveillés (Engström et al., 2014; Stremmer et al., 2011).

Plusieurs éléments influencent le sommeil des parents. Ils se sentent déchirés entre rester auprès de leur enfant ou retourner chez eux. De plus, ils ne parviennent plus à dormir parce que leurs habitudes de sommeil sont perturbées par l'hospitalisation et qu'ils n'ont pas accès à un endroit pour dormir (Stremmer et al., 2011). Ce manque de sommeil rend la gestion des émotions plus difficile, augmente l'irritabilité et peut mener à une détresse psychologique, ce qui ultimement nuit à la communication avec les professionnels de la santé (Stremmer et al., 2011). Le manque de sommeil entraîne des difficultés d'attention, joue sur la mémoire et nuit à la flexibilité cognitive (Medina et al., 2009).

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP a également des conséquences sur la vie de couple. D'abord, la réponse respective de chacun des parents au stress peut devenir une source de conflits qui en soi engendre un stress supplémentaire (Lisanti et al., 2017). Dans l'étude de Lisanti et al. (2017), les mères affirment que le stress causé par l'état de santé critique de leur enfant crée beaucoup de tensions au sein du couple et que le maintien de leur relation conjugale requiert beaucoup d'efforts. L'hospitalisation peut aussi provoquer un éloignement physique, de sorte que les parents ont moins d'interactions et qu'elles sont davantage conflictuelles. L'hospitalisation nuit à l'intimité du couple et à une satisfaction dans la relation (Medina et al., 2009).

Impact sur la vie familiale

L'hospitalisation d'un enfant aux SIP affecte aussi la vie familiale et les membres de la fratrie. Tout d'abord, la séparation peut générer une grande détresse au sein de la fratrie (Hagstrom, 2017). Puisque généralement les mères choisissent de rester auprès de l'enfant malade, la peur de l'abandon est très présente chez la fratrie qui n'est pas en âge de comprendre. Cette peur se manifeste par une irritabilité et des crises de pleurs plus fréquentes. Ces jeunes enfants ont tendance à s'accrocher à leur père lorsqu'il quitte la maison (Hagstrom, 2017).

Pendant l'hospitalisation, la vie familiale est interrompue. La perte de normalité occasionne des changements de rôles au sein de la famille (Côté et Pettengill, 2011; Hagstrom, 2017). Ainsi, les adolescents et les jeunes adultes assument davantage de tâches ménagères afin de maintenir une routine quotidienne pour les enfants à la maison. Parfois, les membres de la famille élargie peuvent prendre part aux soins à la fratrie (Hagstrom, 2017).

Le travail et les finances peuvent aussi être une source de stress. La mère ou le père devra s'absenter du travail durant plusieurs jours. Selon leurs conditions de travail, l'hospitalisation d'un enfant aux SIP peut occasionner une perte financière qui nuira au bon fonctionnement de la famille (Lisanti et al., 2017).

En raison de ce stress et de ses impacts sur toute la famille, les parents ont des besoins et des attentes et doivent déployer des stratégies d'adaptation.

BESOINS ET ATTENTES DES PARENTS

Besoin d'un environnement facilitant

Dans un premier temps, les parents veulent un environnement leur permettant de rester auprès de leur enfant, en tout temps, même pendant les procédures de soins (Evans et Thomas, 2011; Mattsson et al., 2014).

Une revue intégrative des écrits soulève que l'accès à une chambre et à une salle de bain confortables, soit d'une grandeur adéquate pour que l'un des parents puisse dormir près de l'enfant, est un aspect important pour que l'environnement soit perçu positivement (Hill et al., 2018). D'ailleurs, Latour et al. (2011) mentionnent également que les parents apprécient que la chambre puisse leur offrir une intimité, et encore plus lorsqu'ils peuvent bénéficier de chambres individuelles.

Ils apprécient aussi pouvoir personnaliser la chambre avec des objets familiers de l'enfant (Macdonald et al., 2012).

Attentes envers les professionnels de la santé

Communication

L'une des principales attentes des parents envers les professionnels qui côtoient leur enfant est la communication. Les parents ont besoin de sentir qu'ils ont quelqu'un à qui parler et qui répond à leurs questions en leur témoignant de la patience et de l'ouverture et en étant accessible (Engström et al., 2014; Merk et Merk, 2013; October et al., 2014).

Plus précisément, ils souhaitent que l'équipe de soins les informe de l'état de santé de leur enfant, des causes possibles de sa maladie et des options de traitement. Ils s'attendent à recevoir des explications quant aux interventions et aux procédures avant qu'elles soient entamées. Ils souhaitent aussi obtenir des réponses à leurs questions dans un langage adapté à leur niveau de compréhension en plus de se sentir écoutés, notamment en regard de leurs préoccupations.

Participer à la tournée médicale est un autre moyen de communication entre les parents et l'équipe de soins. Toutefois, Greenway et al. (2019) rapportent que la présence d'une équipe multidisciplinaire importante dans la chambre de l'enfant peut s'avérer intimidante pour les

parents. Certaines familles préfèrent poser leurs questions à une seule personne, comme à l'infirmière.

Les parents veulent pouvoir questionner l'équipe de soins sans ressentir qu'ils sont perçus comme une nuisance (Coyne, 2013; Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Le fait d'être tenus informés de la situation de leur enfant leur permet de comprendre le processus décisionnel de l'équipe et leur inspire confiance et sécurité (Engström et al., 2014; Simeone et al., 2018). Ils sentent alors qu'ils sont partie intégrante des soins donnés à leur enfant et que leur rôle de parents est compris et préservé (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Valderrama Sanabria et Muñoz de Rodríguez, 2016).

Reconnaissance du rôle parental

Les parents souhaitent que leur rôle parental soit encouragé par les professionnels. Ils veulent que les infirmières leur demandent s'ils veulent ou non participer aux soins de leur enfant et que leurs choix soient respectés (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Hill et al., 2019). Ils apprécient que les infirmières leur enseignent comment mobiliser leur enfant sans nuire aux appareils auxquels il est relié. Ces interactions contribuent à bâtir une relation de confiance avec les infirmières tout en donnant confiance aux parents en leurs propres capacités (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Hill et al., 2019; Mattsson et al., 2014). De plus, la participation des parents aux soins de base et, éventuellement, à des soins plus complexes (Hill et al., 2019), diminue l'anxiété des enfants en raison de la présence d'une personne familière (Coyne, 2013; Dahav et Sjöström-Strand, 2017).

Les parents s'attendent à ce que la prise en charge de leur enfant s'effectue dans le respect et la dignité. L'étude qualitative de Hill et al. (2019) définit le respect et la dignité entre autres comme la manière dont les parents et leur enfant hospitalisé souhaitent être traités.

Par exemple, ils apprécient que l'infirmière se préoccupe du bien-être et de la survie de l'enfant. Ils aiment qu'elle connaisse ses particularités et en tienne compte.

Relations avec l'infirmière et l'équipe

Les parents ont besoin de sentir qu'une relation se crée entre eux et l'équipe de soins. La communication fait partie de l'accompagnement de l'infirmière. D'ailleurs, les parents se disent satisfaits lorsqu'une relation de proximité se crée au fil du temps avec l'infirmière. Ils estiment son ouverture face à leur expérience (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Hill et al., 2019).

Cette proximité résulte souvent du cumul de petites attentions, par exemple de s'être présentée aux parents et d'avoir pris le temps de partager le plan de soins de la journée (Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Les parents sont sensibles à l'engagement de l'infirmière dans les soins et la survie de leur enfant (Hill et al., 2019). Ils apprécient grandement la continuité des soins donnés à leur enfant (Dahav et Sjöström-Strand, 2017). Ils préfèrent que l'infirmière ait une expérience des soins intensifs (Hill et al., 2019). Les parents sont aussi reconnaissants lorsque l'équipe de soins respecte leurs besoins spirituels (Hill et al., 2019).

Par ailleurs, la présence des parents durant les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire est un choix personnel guidé en partenariat avec l'équipe de soins. Ce partenariat de confiance influence les émotions vécues par la famille en lui permettant de mieux comprendre les événements qu'elle traverse et en lui confirmant que tout a été fait pour assurer la survie de leur enfant (Houle et Noiseux, 2009).

Dans le même sens, les parents aimeraient être près de leur enfant pendant les procédures invasives (Konuk Sener et Karaca, 2017). Selon Houle et Noiseux (2009), cette proximité est importante pour l'enfant qui est

Le CISSS de Laval recherche

infirmiers et infirmières

Vous avez l'embaras du choix... mais à Laval, on vous offre en plus :

- 1 Postes de rotation :
Travaillez de jour au moins 50 % de vos quarts.
- 2 Postes de nuit :
Travaillez 8 nuits rémunérées à temps complet.
Obtenez 6 jours de congé chaque 2 semaines.
- 3 Auto planification de votre horaire de travail.

visitez lavalensante.com/carrieres

rassuré, encouragé et protégé, et elle l'est autant pour le parent qui voit son rôle parental renforcé.

STRATÉGIES D'ADAPTATION

Les parents ont recours à plusieurs stratégies pour diminuer leur stress et pourvoir aux besoins de leur famille durant l'hospitalisation d'un enfant aux SIP. Ces diverses stratégies leur sont propres, et dépendent de leur expérience et de leur réponse au stress (Colville et al., 2009). Par exemple, des parents expriment facilement leurs émotions tandis que d'autres préfèrent s'en remettre à des éléments concrets telles une recherche d'informations ou encore une liste de priorités pour s'assurer de ne rien oublier. Des parents vont vouloir partager leur vécu et participer davantage aux soins donnés à l'enfant hospitalisé. Une grande majorité d'entre eux veulent être ensemble au chevet, pouvant ainsi se soutenir mutuellement et parler de leurs émotions (Engström et al., 2014).

Plusieurs stratégies d'adaptation sont énoncées dans les écrits en lien avec l'expérience des parents durant l'hospitalisation de leur enfant. Premièrement, certains feront appel à leur entourage, soit la famille élargie, les amis ou des parents. L'entourage peut en effet leur offrir de l'écoute et assumer une part de leurs responsabilités. En allégeant leur fardeau, cette aide leur permet de prioriser l'enfant malade (Colville et al., 2019; Jones et Lynn, 2018).

Une deuxième stratégie employée par les parents consiste à se renseigner sur la maladie de leur enfant, à en connaître les symptômes et à mieux comprendre le plan de soins (Jee et al., 2012). Ces parents acquièrent alors plus de confiance quant à leur décision et aux soins donnés. Ils deviennent également mieux outillés pour discuter avec les professionnels de la santé. Leur rôle de parents est ainsi préservé.

D'autres parents ont recours à une troisième stratégie, dont l'objectif est de recréer un environnement familial pour l'enfant. Par exemple, des photos au mur ou des décorations dans la chambre selon les règles de l'unité (Jones et Lynn, 2018). En outre, rester au chevet de l'enfant diminue grandement son stress (Jee et al., 2012).

La religion et la spiritualité sont réconfortantes pour certains parents et peuvent agir comme une autre stratégie d'adaptation (Gaudreault et Carnevale, 2012; Jones et Lynn, 2018; Superdock et al., 2018). La foi, l'espoir et les rituels guident ces parents lorsqu'ils prennent une décision et les rassurent quant au bien-fondé de leur décision. Ils sont apaisés par la prière et espèrent qu'elle peut influencer positivement l'état de santé de leur enfant (Superdock et al., 2018). De plus, garder l'espoir est une stratégie d'adaptation qui permet d'avoir un regard positif face à la guérison de la maladie (Côa et Pettengill, 2011).

Enfin, une autre stratégie d'adaptation est de vivre le moment présent, ce qui favorise la gestion du stress en permettant aux parents de se concentrer sur leur enfant et sur les signes indiquant une amélioration de son état de santé (Jones et Lynn, 2018).

DISCUSSION

L'élément stressant le plus souvent mentionné dans les écrits est l'incertitude éprouvée par les parents de ne pas connaître dans quelle condition de santé se retrouvera leur enfant, la durée de son hospitalisation et ses besoins de soins futurs. Son évolution peut malheureusement mener à la peur de le perdre. Il est donc primordial de soutenir les parents et de les tenir informés afin qu'ils puissent prendre des décisions éclairées.

La communication entre les professionnels et les parents est essentielle (Dahav et Sjöström-Strand, 2018; Geoghegan et al., 2016). Malheureusement, elle n'est pas toujours priorisée aux soins intensifs à cause de l'instabilité et de l'imprévisibilité de la condition de l'enfant (Hill et al., 2018). Heureusement, le sentiment d'habilitation des parents est renforcé par la relation de confiance qu'ils développent avec l'infirmière (Dahav et Sjöström-Strand, 2017; Hill et al., 2019; Houle et Noiseux, 2009).

La communication est essentielle lors de l'accompagnement des patients et de leur famille. Il est important de soutenir et d'encadrer les infirmières afin qu'elles continuent à développer et à améliorer la communication dans leur pratique, surtout en milieu de SIP, et ce par le biais de la formation professionnelle initiale et continue.

FORCES ET FAIBLESSES

Cette revue de littérature a identifié 61 articles abordant le vécu des familles dont un enfant est hospitalisé aux SIP (n=61). L'une de ses forces est d'ailleurs le nombre d'écrits recensés et la variété des devis. La collaboration d'un bibliothécaire diplômé en recherche témoigne d'une grande rigueur, car elle a permis de mieux cibler les mots-clés. L'une de ses faiblesses est d'avoir consulté seulement deux bases de données, *CINHAL* et *PUBMED*.

EN CONCLUSION

Lorsqu'un enfant est admis aux SIP, les parents subissent plusieurs stress. Cette expérience difficile pour eux et leur famille génère un flot d'émotions et de stratégies d'adaptation.

Les parents ont de nombreux besoins et attentes envers les professionnels de la santé. Dès lors, l'équipe soignante, principalement les infirmières, doit les comprendre et y répondre au meilleur des capacités du milieu de soins. ●

LES AUTEURES

JADE DESFORGES

Inf., M. Sc. inf.

Infirmière à l'unité des soins intensifs pédiatriques du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine à Montréal.

CHRISTINE GENEST

Inf., Ph. D.

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

ANNE-MARIE MARTINEZ

Inf., M. Sc., T.C.F.

Professeure agrégée de formation pratique à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également thérapeute conjugal et familiale.

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient Philippe Dodin B.A., M.A., M.S.I., bibliothécaire et chef d'équipe aux bibliothèques du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et du Centre de réadaptation Marie-Enfant pour sa précieuse collaboration à cette recension, et Jérôme Gauvin-Lepage, professeur agrégé à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour sa collaboration à la révision de cette recension.

RÉFÉRENCES

Alzawad, Z., Lewis, F.M., Kantrowitz-Gordon, I. et Howells, A.J. (2020). «A qualitative study of parents' experiences in the Pediatric Intensive Care Unit: Riding a roller coaster». *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 8-14. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.11.015>

Ames, K.E., Rennick, J.E. et Baillargeon, S. (2011). «A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the paediatric intensive care unit». *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(3), 143-150. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.03.004>

Baird, J., Davies, B., Hinds, P.S., Baggott, C. et Rehm, R.S. (2015). «What impact do hospital and unit-based rules have upon patient and family-centered care in the Pediatric Intensive Care Unit?». *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 133-142. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.001>

Béranger, A., Pierron, C., de Saint-Blancat, L., Bouazza, N., Jean, S. et Chappuy, H. (2018). «Provided information and parents' comprehension at the time of admission of their child in pediatric intensive care unit». *European Journal of Pediatrics*, 177(3), 395-402.

Repéré à <https://doi.org/10.1007/s00431-017-3075-9>

Béranger, A., Pierron, C., de Saint-Blancat, L., Jean, S. et Chappuy, H. (2017). «Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature». *Archives de Pédiatrie*, 24(3), 265-272. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.001>

Butler, A.E., Copnell, B. et Hall, H. (2019). «Welcoming expertise: Bereaved parents' perceptions of the parent-healthcare provider relationship when a critically ill

child is admitted to the paediatric intensive care unit». *Australian Critical Care*, 32(1), 34-39. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.09.004>

Cantwell-Bartl, A.M. et Tibballs, J. (2013). «Psychosocial experiences of parents of infants with hypoplastic left heart syndrome in the PICU». *Pediatric Critical Care Medicine*, 14(9), 869-875. Repéré à <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31829b1a88>

Carter, B. et McGoldrick, M. (dir.) (1999). «The expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives» (3^e éd.). Boston: Allyn & Bacon.

Coã, T.F. et Pettengill, M.A. (2011). «The vulnerability experienced by the family of children hospitalized in a pediatric intensive care unit». *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 825-832. Repéré à <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000400005>

Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., Alcock, J. et Noyes, J. (2009). «The impact on parents of a child's admission to intensive care: Integration of qualitative findings from a cross-sectional study». *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(2), 72-79. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2008.10.002>

Coyne, I. (2013). «Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles». *Health Expectations*, 18, 796-808. Repéré à <https://doi.org/10.1111/hex.12104>

Dahav, P. et Sjöström-Strand, A. (2018). «Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: A qualitative study-like being in another world». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 363-370. Repéré à <https://doi.org/10.1111/scs.12470>

Ebrahim, S., Singh, S. et Parshuram, C.S. (2013). «Parental satisfaction, involvement, and presence after pediatric intensive care unit admission». *Journal of Critical Care*, 28(1), 40-45. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jccr.2012.05.011>

Engström, Å., Dicksson, E. et Contreras, P. (2015). «The desire of parents to be involved and present». *Nursing in Critical Care*, 20(6), 322-330. Repéré à <https://doi.org/10.1111/nicc.12103>

Evans, J. et Thomas, J. (2011). «Understanding family requirements in the intensive care room». *Critical Care Nursing Quarterly*, 34(4), 290-296. Repéré à <https://doi.org/10.1097/CNQ.0b013e31822b9009>

Gaudreault, J. et Carnevale, F.A. (2012). «Should I stay or should I go? Parental struggles when witnessing resuscitative measures on another child in the pediatric intensive care unit». *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(2), 146-151. Repéré à <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3182257a13>

Geoghegan, S., Oulton, K., Bull, C., Brierley, J., Peters, M. et Wray, J. (2016). «The experience of long-stay parents in the ICU: A qualitative study of parent and staff perspectives». *Pediatric Critical Care Medicine*, 17(11), Repéré à <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000949>

Greenway, T.L., Rosenthal, M.S., Murtha, T.D., Kandil, S.B., Tolento, D.L. et Couloures, K.G. (2019). «Barriers to communication in a PICU: A qualitative investigation of family and provider perceptions». *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(9), e415-e422. Repéré à <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002070>

Hagstrom, S. (2017). «Family stress in pediatric critical care». *Journal of Pediatric Nursing*, 32, 32-40. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.10.007>

Houle, K. et Noiseux, S. (2009). «RCR d'un enfant - Où sont les parents?». *Perspective infirmière*, 6(4), 34-43.

Hill, C., Knaf, K.A. et Santacroce, S.J. (2018). «Family-centered care from the perspective of parents of children cared for in a pediatric intensive care unit: An integrative review». *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 22-33. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.007>

Hill, C., Knaf, K.A., Docherty, S. et Santacroce, S.J. (2019). «Parent perceptions of the impact of the Paediatric Intensive Care environment on delivery of family-centred care». *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 88-94. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.007>

Jee, R.A., Shepherd, J.R., Boyles, C.E., Marsh, M.J., Thomas, P.W. et Ross, O.C. (2012). «Evaluation and comparison of parental needs, stressors, and coping strategies in a pediatric intensive care unit». *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(3), e166-e175. Repéré à <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31823893ad>

Jones, C.W. et Lynn, M.R. (2018). «Blogs written by families during their child's hospitalization: A thematic narrative analysis». *Journal of Pediatric Nursing*, 41, 110-116. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.03.011>

Konuk Sener, D. et Karaca, A. (2017). «Mutual expectations of mothers of hospitalized children and pediatric nurses who provided care: Qualitative study». *Journal of Pediatric Nursing*, 34, e22-e28. Repéré <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2017.02.004>

Lacroix, J., Gauthier, M., Hubert, P., Leclerc, F. et Gaudreault, P. (2007). «Urgences & soins intensifs pédiatriques». Québec: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Lafontaine, C. (2008). «La société postmortelle - La mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences». Paris: Éditions du Seuil.

Latour, J.M., van Goudoever, J.B., Schuurman, B.E., Albers, M.J., van Dam, N.A., ... Hazelzet, J.A. (2011). «A qualitative study exploring the experiences of parents of children admitted to seven Dutch pediatric intensive care units». *Intensive Care Medicine*, 37(2), 319-325.

Lisanti, A.J., Goffenshtein, N. et Medoff-Cooper, B. (2017). «The Pediatric Cardiac Intensive Care Unit Parental Stress Model: Refinement using directed content analysis». *Advances in Nursing Science*, 40(4), 319-336. Repéré à <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000184>

Macdonald, M.E., Liben, S., Carnevale, F.A. et Cohen, S.R. (2012). «An office or a bedroom? Challenges for family-centered care in the pediatric intensive care unit». *Journal of Child Health Care*, 16(3), 237-249. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1367493511430678>

Mattsson, J.Y., Arman, M., Castren, M. et Forsner, M. (2014). «Meaning of caring in pediatric intensive care unit from the perspective of parents: A qualitative study». *Journal of Child Health Care*, 18(4), 336-345. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1367493513496667>

Medina, A.M., Lederhos, C.L. et Lillis, T.A. (2009). «Sleep disruption and decline in marital satisfaction across the transition to parenthood». *Families, Systems, & Health*, 27(2), 153-160. Repéré à <https://doi.org/10.1037/a0015762>

Merk, L. et Merk, R. (2013). «A parents' perspective on the pediatric intensive care unit: Our family's journey». *Pediatric Clinics of North America*, 60(3), 773-780. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2013.02.012>

October, T.W., Fisher, K.R., Feudtner, C. et Hinds, P.S. (2014). «The parent perspective: "being a good parent" when making critical decisions in the PICU». *Pediatric Critical Care Medicine*, 15(4), 291-298. Repéré à <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000000076>

Rodriguez-Rey, R. et Alonso-Tapia, J. (2016). «Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalized in a Paediatric Intensive Care Unit». *Australian Critical Care*, 29(3), 151-157. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.11.002>

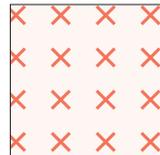
Simeone, S., Pucciarelli, G., Perrone, M., Angelo, G.D., Teresa, R., ... Palma, G. (2018). «The lived experiences of the parents of children admitted to a paediatric cardiac intensive care unit». *Heart Lung*, 47(6), 631-637. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.hrtlung.2018.08.002>

Superdock, A.K., Barfield, R.C., Brandon, D.H. et Docherty, S.L. (2018). «Exploring the vagueness of Religion & Spirituality in complex pediatric decision-making: A qualitative study». *BMC Palliative Care*, 17(1), 107. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0360-y>

Stremler, R., Dhukai, Z., Wong, L. et Parshuram, C. (2011). «Factors influencing sleep for parents of critically ill hospitalized children: A qualitative analysis». *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 37-45. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.11.001>

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) - N'Diaye, N., Simoncelli, M., Akoumba, B.S. et Samson, J. (2014). «Implication de la famille dans le continuum de soins aux patients dans les unités de soins intensifs pédiatriques» [Rapport]. Montréal, QC: CHU Sainte-Justine - UETMIS.

Valderrama Sanabria, M.L. et Muñoz de Rodríguez, L. (2016). «Needs of parents in caring for their children in a pediatric intensive care unit». *Investigación y Educación en Enfermería*, 34(1), 29-37. Repéré à <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n1a04>



emplois811.ca

Dessine ta carrière avec...

Info-Santé 811
Montréal

Infirmier(ère)s chevronné(e)s
possédant un jugement
clinique sûr.

Info-Social 811
Montréal

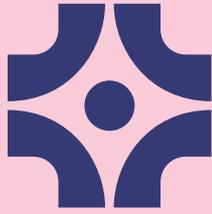
Professionnel(le)s
avec compétences en
intervention psychosociale.

Envoie-nous ton c.v.!
equipe.srisis.ccomtl
@ssss.gouv.qc.ca



811... Des conseils santé et
sociaux, de jour comme de nuit!

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal



19 ET 20 NOVEMBRE
RENDEZ-VOUS
FORMATION OIIQ

Développez votre expertise
au Rendez-vous Formation OIIQ

Près de **40 formations** y sont offertes en un week-end,
dont des exclusivités et nouveautés.

Nouveautés

- Troubles dépressifs : dépister, évaluer, intervenir
- Agir en leader
- Installation et retrait de l'implant contraceptif hormonal : une expertise infirmière

Exclusivités

- Enjeux éthiques liés à la fin de vie
- Examen clinique de la femme enceinte
- Usage du cannabis à des fins non thérapeutiques : comprendre pour mieux intervenir
- Spirométrie en soins de première ligne
- Soins de stomies : optimiser la qualité de vie de la clientèle
- Enjeux éthiques dans la pratique infirmière
- Évaluation par l'infirmière dans le cadre des suivis de grossesse
- Santé des voyageurs : fièvre jaune et malaria
- Introduction à l'entretien motivationnel

Découvrez le programme complet et
inscrivez-vous sur oiiq.org/rdv2022

19 et 20 novembre
Palais des congrès de Montréal



Pandémie de COVID-19 : visiter des patients en milieux de soins

La pandémie de COVID-19 a contraint le gouvernement du Québec à mettre en place des mesures sanitaires afin de limiter la propagation de ce virus. Parmi celles-ci, les visites de membres de la famille et de personnes proches aidantes aux patients en établissement hospitalier ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée ont été limitées (Hart et al., 2020). L'implantation de ces mesures sanitaires a donc entraîné des conséquences tant sur le plan familial et social que sur le plan éthique (CESP/CEST, 2020).

par LINE BEAUDET, inf., Ph. D., IRÈNE LEBOEUF, M. Sc., CÉLINE CORBEIL, M. Sc. et LOUISE ROBINETTE, inf., M. Sc.

Pendant les premiers mois de la pandémie, des milliers de victimes de la COVID-19, en majorité des aînés, meurent seules (INSPQ, 2021a). Les statistiques de juillet 2022 de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) révèlent que plus de 1 100 000 personnes ont contracté l'infection et que plus de 15 000 en sont décédées.

Derrière ces statistiques se cachent les réalités bouleversantes des personnes affectées par la COVID-19 ou qui en sont décédées, ainsi que celle de leurs proches. Ainsi, les personnes hospitalisées en raison de cette maladie ont vu leur santé physique et psychologique se détériorer dans des circonstances imprévisibles, souvent pénibles, qui ont exacerbé leur anxiété devant l'inconnu, amplifié leur incertitude face à leur état de santé et intensifié leur ambivalence entre le désir de voir les membres de leur famille et la peur de les contaminer (CSTS, 2020).

Les personnes décédées de la COVID-19 sont souvent mortes sans leurs proches (Croker, 2020). Dans leurs derniers moments de vie, elles ont été privées de la présence d'un proche, sans préparation, ni toucher, ni au revoir. Ces conditions inhumaines ont rendu leur décès plus éprouvant pour leurs familles, à qui l'on a refusé cette étape d'accompagnement vers la mort, qui leur aurait pourtant permis ensuite de composer plus facilement avec le deuil (AIIIC, 2020; IPFCC, 2020).

FAMILLES PARTENAIRES

Depuis plus de 60 ans, le partenariat avec les familles constitue l'une des pierres angulaires de la pratique

infirmière (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Cet élément est désormais intégré aux normes de qualité des soins dans les centres hospitaliers canadiens (Agrément Canada, 2019).

Les bienfaits d'une pratique intégrant les familles comme partenaires de l'équipe de soins ont été documentés dans de nombreux écrits (Frampton, Agrawal et Guastello, 2020; Hart et al., 2020). À titre d'exemple, des auteurs soulignent que la présence de la famille contribue à diminuer l'anxiété et la détresse des patients en fin de vie, lors d'un épisode de delirium ou simplement durant un séjour hospitalier (Hado et Feinberg, 2020; Planetree, 2020). Elle améliore aussi la satisfaction des patients quant aux soins et aux services qu'ils reçoivent et favorise une attitude proactive face à leur situation de santé.

Les familles présentes auprès de leur être cher et participant à leurs soins en retirent aussi des avantages, dont celui d'être mieux préparées aux décisions concernant sa condition de santé et les soins requis (IPFCC, 2021). De plus, les personnes proches aidantes en milieu hospitalier voient leur anxiété et leur dépression diminuer durant et après l'hospitalisation, et même au décès de l'être cher (Morris, Moment et deLima Thomas, 2020).

Pour les intervenants, les familles partenaires de soins deviennent une source d'information sur la condition de santé du patient et sur ses préférences, de même qu'une ressource complémentaire qui leur permet de mieux répondre à ses besoins évolutifs (FCASS, 2020). Ce partenariat concourt à optimiser la qualité des soins

et influencerait positivement la satisfaction au travail des intervenants (gestionnaires, équipes soignantes et interdisciplinaires) et leur santé (Singer, Spiegel et Papa, 2020).

LIGNES DIRECTRICES, VALEURS ET PRINCIPES ÉTHIQUES

À la lumière de ces nombreux bénéfices, un consensus international émerge en avril 2020. Dans une optique de vouloir limiter la propagation du virus dans la communauté et les milieux de soins, les mesures d'accompagnement des patients par leurs familles et leurs proches sont révisées (Voo, Senguttuvan et Tam, 2020). En effet, les résultats de pandémies antérieures et les connaissances sur la propagation de la COVID-19 démontraient que leur présence n'augmentait pas le niveau de contamination (Holland et al., 2021; IPFCC, 2020).

Ainsi, notre équipe du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) s'est basée sur les lignes directrices entérinées par l'INSPQ (2021b) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2020, 2021), ainsi que sur les principes du Comité d'éthique de santé publique et de la Commission de l'éthique en science et en technologie (CESP/CEST, 2020). Ces lignes directrices et ces principes nous ont permis d'identifier les enjeux de santé publique, d'estimer les considérations pertinentes et d'examiner les options fondées sur des résultats probants en vue d'appuyer une prise de décisions éclairée (Gouvernement du Canada, 2021; MSSS, 2020, 2021).

Avant la mise en place de mesures encadrant l'accompagnement des patients, rappelons trois valeurs phares qui guident la pratique humaniste des infirmières et des équipes interdisciplinaires. La **première** est l'importance d'établir la confiance, la solidarité et la responsabilité conjointe entre la communauté, les intervenants, les organisations, la santé publique et le gouvernement. Cette valeur façonne l'environnement et les relations entre ces individus pour préserver des soins et des services de qualité. La **seconde** vise la transparence et le respect des échanges portant sur les interventions à prioriser et les plans d'actions à implanter pour contrer la propagation du virus au sein de la communauté. Cette valeur reflète les attitudes et les comportements empreints d'ouverture nécessaires à une visée du bien commun. La **troisième** tient compte de l'unicité des patients et des familles afin de leur offrir des soins exemplaires, justes, équitables et répondant à leurs besoins. Cette valeur cible des résultats de soins personnalisés et éthiques (CESP/CEST, 2020; Gouvernement du Canada, 2021).

En contexte de pandémie, d'autres principes éthiques doivent guider les actions orientées vers les patients, les familles et les intervenants. Par exemple, les devoirs de soigner de façon sécuritaire, d'anticiper et de gérer les imprévus, de soutenir les professionnels en première ligne, de protéger les populations vulnérables ainsi que de réduire au minimum les différents préjudices, y compris la souffrance et la détresse issues de la pandémie (Berlinger et al., 2020; Gouvernement du Canada, 2021).

Conséquemment, ces principes éthiques appellent les décideurs de santé publique et gouvernementaux, les gestionnaires et les soignants à mettre en place des standards de pratique, de même que des protocoles et des outils cliniques qui s'appuient sur des critères de précaution, d'équité d'accès aux ressources, d'efficacité fondée sur l'évolution des connaissances scientifiques ainsi que de proportionnalité des avantages et des risques de préjudice (Arya et al., 2020; Berlinger et al., 2020).

Rappelons que l'ensemble des valeurs et des principes éthiques ainsi que la pratique basée sur des résultats probants constituent les fondements transversaux des lignes directrices de santé publique et ministérielles (MSSS, 2020, 2021). Ces dernières ont encadré

l'opérationnalisation de plans d'actions contextualisés selon l'évolution des connaissances et le milieu de soins afin de permettre de réintégrer les familles auprès de leur être cher.

DURANT LA PREMIÈRE VAGUE

Dès le début de la première vague, les équipes de soins et de la direction générale du CHUM ont tenté de pallier l'interdiction de visites en utilisant des solutions novatrices pour favoriser les échanges entre les familles, leurs proches et les professionnels. Les premières stratégies ont été déployées grâce à la technologie, c'est-à-dire sur des tablettes et des téléphones intelligents. Cette approche a diminué l'isolement des patients et maintenu les liens familiaux (Alberta Health Services, 2020; Planetree, 2020). Par ailleurs, elle n'a pas comblé les besoins des familles confrontées à la perte imminente d'un être cher, la technologie ne pouvant remplacer la présence humaine.

D'autres projets ont rapidement émergé au CHUM pour répondre aux besoins d'accompagnement des patients et de leurs familles. Dès le 14 avril 2020, la direction générale a mis en place l'équipe Soutien et Communication avec les familles (SCAF), composée initialement de quatre membres à temps partiel, soit une infirmière gestionnaire retraitée du CHUM, une infirmière de recherche en réaffectation et deux bénévoles, l'une œuvrant en soins palliatifs et l'autre poursuivant des études universitaires en soins spirituels.

L'équipe SCAF avait pour premier mandat de s'assurer que les familles d'un patient hospitalisé, avec ou sans COVID, étaient informées de sa condition. L'équipe SCAF agit en soutien complémentaire aux équipes soignantes; un partenariat est ainsi créé. Il est établi que l'équipe SCAF intervient spécifiquement auprès de familles vivant des situations complexes ou présentant des défis pour les équipes soignantes.

Parallèlement, l'équipe interdisciplinaire aux soins intensifs du CHUM, confrontée à de nombreux décès, se penche sur un plan pour accompagner les familles d'un proche en fin de vie. Dans la perspective de continuer à offrir des soins sécuritaires et de qualité, l'équipe aux soins intensifs développe et met en œuvre un plan d'accompagnement des familles d'un patient en soins critiques dès le 30 avril 2020 (Raynaud et al., 2020).

Ce plan s'appuie sur les mêmes principes éthiques énoncés précédemment, sur des évidences scientifiques et sur des avis d'experts, notamment en prévention et en contrôle des infections ainsi qu'en droit. Il établit un algorithme de triage pour valider l'admissibilité des proches, des lignes directrices dans un protocole d'accompagnement pré-per-post visite, des modalités de suivi après chaque visite et des outils de collecte de données tels que des grilles d'audit monitorant la sécurité du processus et l'outil CEASAR sensible à la détection des symptômes d'anxiété, de dépression, de deuil difficile ou de syndrome post-traumatique suivant le décès de l'être cher (Kentish-Barnes et al., 2016).

Dans les situations où une visite physique est impossible, un accompagnement grâce aux technologies est offert aux proches. L'évaluation de ce projet a démontré que la présence des familles aux soins intensifs était sécuritaire et satisfaisante pour elles et pour les intervenants. Forte de ces résultats, la direction générale du CHUM a voulu déployer ce projet aux autres unités d'hospitalisation, y compris à l'Hôtel-Dieu, avec ou sans COVID-19. Rappelons que pendant la pandémie, le site Hôtel-Dieu a réouvert ses portes pour accueillir temporairement des personnes âgées en convalescence ou en attente d'hébergement.

De concert avec des groupes ad hoc issus de plusieurs directions, l'équipe SCAF s'est vu confier deux mandats entre le 4 mai et le 4 juin 2020 pour implanter le nouveau

projet et mieux l'arrimer en fonction des rétroactions. Ces mandats se fondaient sur deux prémisses : l'humanisation des soins en fin de vie et la sécurité des patients, des proches et du personnel soignant.

Les travaux ont mené à l'ajustement, à la diffusion et à l'implantation de lignes directrices, d'un algorithme de triage des visiteurs, d'outils cliniques et d'évaluation de même que d'un processus de visites adapté aux unités avec ou sans COVID-19, à la situation des patients en fin de vie ou non, ainsi qu'aux rôles et responsabilités des intervenants. De plus, les méthodes évaluatives qualitatives ont démontré que les visites encadrées sont sécuritaires et bénéfiques, tant pour la personne que pour les proches et les équipes interdisciplinaires.

DURANT LA DEUXIÈME VAGUE

De janvier 2021 à mars 2021, en raison du nombre grandissant de cas positifs et de la contamination communautaire, l'équipe SCAF passe de quatre à sept membres. Pour accomplir son quatrième mandat, l'équipe comprend maintenant deux infirmières de pratique avancée, dont l'une en prêt de services, trois infirmières retraitées et deux bénévoles.

Le mandat consiste à intervenir auprès des patients positifs à la COVID-19 et de leurs proches dans les cinq unités accueillant des personnes contaminées, particulièrement au pic des admissions. Face à la complexité de la situation liée à la deuxième vague, le lieu et le mode de fonctionnement de l'équipe SCAF ont été revus de façon à consolider sa collaboration avec les soignants. L'offre de services est aussi bonifiée, par exemple : l'évaluation de l'admissibilité des proches et la planification des visites sur une période 24/7. De surcroît, les outils cliniques¹ nécessaires au triage et à l'accompagnement

des proches ont été enrichis et standardisés à la suite de l'évolution des connaissances en santé publique.

Concrètement, la pratique infirmière au sein de l'équipe SCAF débute par un partenariat avec les infirmières-chefs, leurs assistantes, les infirmières soignantes et les médecins traitants. Le point de départ est l'identification de la clientèle cible, soit les personnes en fin de vie ou pouvant bénéficier d'une visite humanitaire à visée thérapeutique dans les unités de COVID-19 (Tableau 1).

S'appuyant ensuite sur le protocole, l'intervenante de l'équipe SCAF valide les préférences de la personne hospitalisée et initie un appel téléphonique avec les proches désignés. Elle leur explique le but de son appel et explore leur perception face à une éventuelle visite à l'unité de COVID-19. L'intervenante vérifie aussi leur admissibilité à l'aide d'un outil de triage mettant en évidence leur condition de santé et les facteurs de risque liés à une contamination à la COVID-19. Puis, elle souligne les mesures de sécurité qui devront être suivies et rappelle qu'un risque nul de contamination ne peut être assuré.

Un jalon important lors de cet entretien empreint de respect est d'être à l'écoute, d'identifier et de normaliser les craintes des proches, de même que d'explorer leur niveau de confort à effectuer une telle visite. L'intervenante doit obtenir le consentement du proche. La situation de chacun est ensuite examinée selon le cadre d'analyse proposé et fondé sur l'état des connaissances en santé publique du Québec. Pour ceux qui ressentent un inconfort ou qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité, du soutien à l'aide des technologies existantes est offert pour qu'ils entrent en contact avec leur être cher.

Lorsqu'un proche est désigné comme admissible, l'intervenante initie la deuxième étape du protocole d'accompagnement, qui consiste à planifier et à décrire

Tableau 1
EXEMPLES DES CRITÈRES DE SÉLECTION DE LA CLIENTÈLE

VISITE D'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE	VISITE DE TYPE HUMANITAIRE
Personne : qui est en fin de vie prévisible de 24 et 72 h.	Personne : généralement âgée ou avec polyhandicaps.
Dont le niveau de soins devrait prochainement être modifié. L'équipe souhaite sensibiliser la famille à l'état précaire de cette personne et discuter de son niveau de soins.	Qui présente un trouble neurocognitif requérant l'expertise d'un proche pour permettre à l'équipe de soins de mieux intervenir.
Dont le niveau de soins est de 4 et qui pourrait débiter prochainement une perfusion de détresse respiratoire ou de soulagement de la douleur.	Allophone dont la connaissance de la langue est nécessaire pour poursuivre efficacement l'épisode de soins.
En état instable qui nécessite une oxygénothérapie de haut débit (Optiflow™) à plus de 50 %.	En détresse émotionnelle suffisamment importante pour altérer son état de santé.

¹ Les outils cliniques seront disponibles dans la version Web de l'article.

15% de réduction jusqu'au 15 novembre 2022

Code promo « 1515 »

catalogue.fsi.umontreal.ca

Découvrez nos formations en ligne

Développement professionnel
Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal
et du monde.

le déroulement de la visite. Elle répète les consignes de sécurité annoncées précédemment et s'assure que les risques de contamination sont compris. Finalement, elle convient de la date et de l'heure de la rencontre avec le patient et en avise l'équipe soignante.

Le jour convenu, l'intervenante accueille la personne, révisé avec elle les consignes de sécurité et l'accompagne au cours de la visite pour éviter les sources de contamination. Souvent durant ou après la rencontre, l'équipe soignante valide avec elle l'histoire de vie de l'être cher et des moyens pour optimiser son confort. Par la même occasion, le médecin traitant la rencontre, entre autres pour lui expliquer l'état de santé du patient et confirmer le plan de traitement. Au terme de la visite, l'intervenante discute avec la personne de son expérience, de sa satisfaction et de ses besoins ultérieurs. Le cas échéant, les modalités de suivi ou de d'autres visites seront établies selon la situation et les ressources humaines disponibles.

L'intervenante documente ensuite le déroulement de chaque visite. Elle complète une note de consultation et une base de données pour permettre à l'équipe SCAF de monitorer ses interventions et leurs résultats. Dans un souci de continuité des soins et de transfert de connaissances, elle fait un retour avec l'équipe soignante et médicale. Son rôle en est un de collaboration. Elle contribue au développement des habiletés de l'équipe à établir des partenariats avec les personnes et leurs proches dans une perspective de vigilance de la qualité des soins en contexte de pandémie.

ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES : BILAN

Première vague

En première vague, lors du premier mandat de l'équipe SCAF, 18 familles ont été ciblées par les soignants. Plus de 80 interventions téléphoniques ont été effectuées pour assurer un suivi auprès des familles, chacune ayant bénéficié de près de deux heures de soutien en télésoins. De façon générale, les familles ont particulièrement apprécié les interventions facilitatrices mises en place, faute de pouvoir visiter leur proche en début de pandémie.

Au cours de son deuxième mandat, du 15 mai au 29 juin 2020, l'équipe SCAF a permis à 44 familles de visiter leur être cher en fin de vie atteint de la COVID-19. Pour chacune des visites, soit du triage jusqu'à la fin du suivi, les familles ont bénéficié d'environ trois heures d'accompagnement des intervenants.

Devant les besoins criants des personnes vulnérables hospitalisées, l'équipe SCAF a aussi permis à 35 familles d'effectuer des visites humanitaires entre le 26 mai et le 29 juin 2020. Plusieurs patients, par exemple allophones

ou présentant un trouble neurocognitif ou de la détresse émotionnelle, ont profité de plus d'une visite pendant leur hospitalisation en zone chaude. Le temps consacré aux familles de ces personnes est d'une durée plus courte que pour celles ayant un être cher en fin de vie, car leur besoin de soutien est de moindre intensité.

Trois semaines après leurs visites, les appels de suivi auprès des 79 familles ont montré qu'aucun visiteur n'a rapporté de symptôme lié à la COVID-19, ni de contamination à d'autres personnes, ce qui confirme le caractère sécuritaire de ces visites. La totalité des familles sondées soulignent également la qualité du soutien reçu par l'équipe SCAF de même que les effets bénéfiques perçus par elles et par leur être cher.

Deuxième vague

Du 7 octobre 2020 au 19 février 2021, l'équipe SCAF a réalisé 763 interventions auprès des familles, dont 311 visites. De ce nombre, les deux tiers ont été des visites en fin de vie et le dernier tiers, des visites humanitaires à visée thérapeutique. Parmi tous les triages effectués, 84 personnes, majoritairement des enfants adultes, ont pu visiter leur parent en fin de vie, entre une et trois fois.

**Tableau 2
BILAN DES INTERVENTIONS DE L'ÉQUIPE SCAF
DURANT LA DEUXIÈME VAGUE**

TYPES D'INTERVENTIONS	NOMBRE TOTAL	%
Téléphone seulement	52	6,8 %
FaceTime seulement	40	5,3 %
Triages téléphoniques	217	28,4 %
Préparation d'un proche	143	18,7 %
Visites	311	40,8 %
Total	763	100 %

De plus, 59 membres de familles ont pu effectuer une visite thérapeutique ou plusieurs, selon la condition du patient et les ressources disponibles. Les 92 interventions téléphoniques ou en FaceTime comptabilisées par l'équipe SCAF ont permis à plus de 50 familles, autrement non admissibles à une visite, de rester en contact avec leur être cher à plusieurs reprises.



**La FIQ, mobilisée
pour défendre
vos conditions
de travail**

Infirmières | Infirmières auxiliaires |
Inhalothérapeutes | Perfusionnistes cliniques



LEÇONS APPRISSES

La mobilisation autour des familles et de leur être cher, en fin de vie ou vulnérable, ressort principalement des échanges entre les membres de l'équipe SCAF et de leurs interactions avec les équipes interdisciplinaires. Ce partenariat soignants-famille a su créer des moments privilégiés, teintés de dignité et d'humanisme malgré le contexte de la pandémie.

De plus, grâce aux rétroactions continues et à la mise en place de solutions variées pour mieux accompagner les familles, les équipes interdisciplinaires ont pu témoigner leur engagement, leur solidarité et leur satisfaction à l'intérieur de ce processus de soins dans l'action. L'équipe SCAF a été témoin de la volonté des soignants de tout mettre en œuvre pour préserver la place centrale qu'occupent les familles dans les soins au patient.

Parmi les derniers éléments clés de cette expérience d'accompagnement des familles pendant une pandémie, nous retenons principalement la cohésion et l'adhésion des équipes interdisciplinaires à l'égard de valeurs et de principes éthiques qui favorisent le bien-être des personnes vulnérables, des familles et des soignants.

Également, le soutien organisationnel et la communication s'avèrent primordiaux afin que des équipes *ad hoc*, telles que l'équipe SCAF, soient connues, interpellées et intégrées comme ressources complémentaires en situation de crise bouleversant patients et familles. De plus, les outils cliniques standardisés comme ceux développés ont permis d'assurer la sécurité, l'accessibilité et la qualité des soins. Enfin, l'adaptabilité de ces outils

selon l'émergence des connaissances, de même que la flexibilité, la réactivité et la créativité des équipes, constituent des atouts précieux pour faire face aux changements en gardant le cap sur les meilleures pratiques.

EN CONCLUSION

Face à l'émergence d'une pandémie, des mesures sanitaires drastiques se sont imposées, lesquelles ont limité temporairement l'accès aux milieux de santé. Les répercussions nous amènent à nous questionner sur l'importance de rétablir les contacts entre les résidents ou patients dans ces milieux et leurs familles. Pour le faire de manière sécuritaire, l'expérience de la COVID-19 montre qu'il faut s'appuyer sur l'histoire, les valeurs, les principes éthiques, les balises de la santé publique et les pratiques exemplaires issues de la recherche.

La création d'une équipe *ad hoc* comme l'équipe SCAF et d'un groupe de travail a permis d'opérationnaliser des lignes directrices et des pratiques innovantes orientées vers l'accompagnement des êtres chers par leurs familles. L'approche collaborative et de partenariat est incontournable pour mener à terme tout projet de cette envergure, compte tenu des enjeux de sécurité avec lesquels il faut composer.

Cette pandémie marque l'histoire du 21^e siècle en matière de santé publique et de soins infirmiers. L'expérience acquise pourra servir de jalons dans d'autres situations similaires afin que les apprentissages réalisés guident les pratiques futures. ●

LES AUTEURES

LINE BEAUDET

Inf., Ph. D.

Infirmière conseillère senior en soins spécialisés et en recherche clinique à la Direction des soins infirmiers du CHUM, chercheuse régulière au CRCHUM et professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

IRÈNE LEBOEUF

M. Sc.

Retraîtée de la Direction des soins infirmiers du CHUM depuis 2019. Elle est détentrice d'une autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire accordée par l'OIIQ, reconduite en février 2022.

CÉLINE CORBEIL

M. Sc.

Retraîtée de la Direction des soins infirmiers du CHUM depuis 2012. Elle est détentrice d'une autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire accordée par l'OIIQ, reconduite en février 2022.

LOUISE ROBINETTE

Inf., M. Sc.

Retraîtée de la Direction des soins infirmiers du CHU Sainte-Justine depuis 2019. Elle est consultante en gouvernance des soins de santé.

RÉFÉRENCES

Agrément Canada. (2019). «Santé physique: manuel d'évaluation». 750-03.001.124-QC.19 V:1(FR).

Alberta Health Services. (2020). «Involving families during COVID-19». Repéré à <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/inf-ppih-covid-19-involving-families.pdf>

Arya, A., Buchman, S., Gagnon, B. et Downar, J. (2020). «Soins palliatifs en temps de pandémie: au-delà des respirateurs et des vies à sauver». *Canadian Medical Association Journal*, 114(192), e400-e404. Repéré à <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/192/4/2/E1288.full.pdf>

Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). (2020). «Messages clés sur la COVID-19 et les soins palliatifs». Ottawa, ON: AIIIC. <https://hl-prod-ca-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-e34b7-4e5ef99/UploadedImage/documents/CNA-key-messages-on-palliative-care-re-Covid-19.pdf>

Bélaïr-Cirino, M. et Sioui, M.-M. (2020). «Le gouvernement Legault fait face à sa plus grande épreuve [Communiqué de presse]. Le Devoir. Repéré à <https://www.ledevoir.com/politique/quebec/574967/le-gouvernement-legault-fait-face-a-sa-plus-grande-epreuve>

Berlinger, N., Wynia, M., Powell, T., Hester, M., Milliken, A., ... Jenks, N.P. (2020). «Ethical framework for health care institutions responding to novel coronavirus SARS-cov-2 (COVID-19)». *Guidelines for institutional ethics services responding to COVID-19: Managing uncertainty, safeguarding communities, guiding practice*. Garrison, NY: The Hastings Center. Repéré à <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

Center for the Study of Traumatic Stress (CSTS). (2020). «When family member are hospitalized due to COVID-19». Bethesda, MD: CSTS. Repéré à https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_When_Family_Members_are_Hospitalized_due_to_COVID19.pdf

Comité d'éthique de santé publique (CESP) / Commission de l'éthique en science et en technologie (CEST). (2020). «Cadre de réflexion sur les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19». Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2958-enjeux-ethiques-pandemie-covid19.pdf>

Croker, L. (2020). «We've been here before: Learning from the lessons of the past». Institute for Patient- and Family-Centered Care. Repéré à https://www.ipfcc.org/bestpractices/covid-19/Weve_Been_Here_Before.pdf

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (2020). «Bien plus que des visiteurs – Rapport sur les politiques en vigueur dans les hôpitaux de soins actifs au Canada». Repéré à https://www.fcass-cfhi.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/better_together_executive-summary_fr.pdf?sfvrsn=12a72288_2

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (2020). «Meilleurs ensemble – Réintégration des proches aidants comme partenaires de soins essentiels pendant la pandémie de COVID-19». Ottawa: FCASS. Repéré à https://www.fcass-cfhi.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/bt-re-integration-of-family-caregivers-as-essential-partners-covid-19-fr.pdf?sfvrsn=1eb12bb7_6

Frampton, S., Agrawal, S. et Guastello, S. (2020). «Guidelines for family presence policies during the COVID-19 pandemic». *Journal of the American Medical Association Health Forum*, 1(7), e200807. Repéré à <https://jamanetwork.com/journals/jama-health-forum/fullarticle/2768108>

Gouvernement du Canada. (2021). «Cadre d'éthique en santé publique: guide pour la réponse à la pandémie COVID-19 au Canada». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/reponse-canada/cadre-ethique-guide-reponse-pandemie-covid-19.html>

Gouvernement du Québec. (2020). «Pandémie de la COVID-19 – Le Québec sur pause pour trois semaines». Québec: Cabinet du Premier ministre. Repéré à <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/pandemie-de-la-covid-19-le-quebec-sur-pause-pour-trois-semaines>

Hado, E. et Feinberg, L.F. (2020). «Amid the COVID-19 pandemic, meaningful communication between family caregivers and residents of long term-care facilities is imperative». *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 410-415. Repéré à <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684>

Hart, J.L., Turnbull, A.E., Oppenheim, I.M. et Courtright, K.R. (2020). «Family-centered care during the COVID-19 era». *Journal of Patient and Symptom*

Management, 60(2), e93-e97. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.017>

Holland, D.E., Vanderboom, C.E., Dose, A.M., Moore, D., Robinson, K.V., ... Griffin, J.M. (2021). «Death and grieving for family caregivers of loved ones with life-limiting illnesses in the era of COVID-19: Considerations for case managers». *Professional Case Management*, 26(2), 53-61.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021a). «Données COVID-19 au Québec». Québec: INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2021b). «SRAS-CoV-2: Mesures de prévention et contrôle des infections pour les milieux de soins de courte durée». Québec: INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2906-mesures-prevention-milieux-soins-aigus-covid19.pdf>

Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC). (2020). «COVID-19 and patient-and-family centered care frequently asked questions». Bethesda, MD: IPFCC. Repéré à https://www.ipfcc.org/bestpractices/covid-19/IPFCC_PFCC_and_COVID.pdf

Institute for Patient- and Family-Centered Care (IPFCC). (2021). «Family presence during a pandemic: Guidance for decision-making». Bethesda, MD: IPFCC. Repéré à https://www.ipfcc.org/bestpractices/covid-19/IPFCC_Family_Presence.pdf

Kentish-Barnes, N., Seeger, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., ... Azoulay, E. (2016). «CAESAR: A new tool to assess relatives' experience of dying and death in the ICU». *Intensive Care Medicine*, 42(6), 995-1002.

La Presse. (2020). «Le Québec en état d'urgence sanitaire, les personnes âgées exhortées à rester chez elles». Repéré à <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-03-14/covid-19-les-developpements-du-14-mars>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020a). «Directives relatives aux visites de proches aidants en centre hospitalier». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003245/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020b). «Consignes pour les visiteurs dans les centres hospitaliers en contexte de COVID-19». Québec: MSSS. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/>

consignes-pour-les-visiteurs-en-centres-hospitaliers-covid-19/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020c). «Coronavirus (COVID-19)». Québec: MSSS. Repéré à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). «Directives sur les soins palliatifs et de fin de vie». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/dgaump-014.pdf>

Morris, S.E., Moment, A. et deLima Thomas, J. (2020). «Caring for bereaved family members during the COVID-19 pandemic: Before and after the death of a patient». *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e70-e74. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.002>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). «COVID-19. Chronologie de l'action de l'OMS». Repéré à <https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

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

Planetree. (2020). «Person-centered guidelines for preserving family presence in challenging times». Repéré à <https://planetree.org/wp-content/uploads/2020/08/Published-Guidelines-on-Family-Presence-During-a-Pandemic-Final-8.13.20v5.pdf>

Raynaud, M.F., Soucy, C., Orban, C., Savard, P. et Nicole, B. (2020). «Plan d'accompagnement des visiteurs en contexte de soins de fin de vie: soins intensifs du CHUM» [document inédit]. Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Singer, J., Spiegel, J.A. et Papa, A. (2020). «Preloss grief in family members of COVID-19 patients: Recommendations for clinicians and researchers». *Psychological Trauma, Theory, Research, Practice and Policy*, 12(5), S90-S93.

Voo, T.C., Senguttuvan, M. et Tam, C.C. (2020). «Family presence for patients and separated relatives during COVID-19: Physical, virtual, and surrogate». *Journal of Bioethical Inquiry*, 17, 767-772. Repéré à <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11673-020-10009-8.pdf>

La révision de la norme d'entrée à la profession

Une réponse nécessaire à une profession en évolution

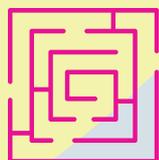
À l'image des grandes transformations sociales, démographiques, scientifiques et technologiques que connaît le Québec, la profession infirmière a vu son environnement de pratique complètement métamorphosé au cours des dernières décennies.

La complexification des situations cliniques, l'élargissement des obligations et des responsabilités professionnelles, ainsi que l'accentuation de l'offre de soins infirmiers dans une multitude de milieux, et particulièrement dans les soins à domicile, ne sont que quelques raisons qui démontrent, d'une part, l'évolution du rôle infirmier et de l'autre, les besoins croissants de santé de la population québécoise.

En vue de répondre à cette réalité et aux enjeux de santé de demain, il apparaît alors nécessaire d'offrir aux générations futures d'infirmières et d'infirmiers une formation initiale à la hauteur des attentes du réseau de la santé et des besoins de la population.

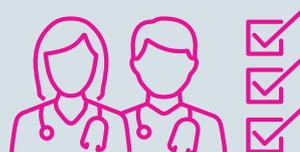
Pour tout savoir: oiiq.org/nep

Pourquoi le baccalauréat doit-il être la norme d'entrée à la profession pour les générations futures?



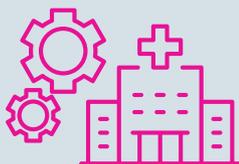
Complexification des situations cliniques

(ex. : vieillissement marqué de la population, prévalence des maladies chroniques.)



Demande d'une plus grande autonomie professionnelle et décisionnelle dans les milieux de pratique au seuil d'entrée à la profession

(ex. : soins à domicile, soins communautaires, situations cliniques critiques.)



Transformation majeure du système de santé

(ex. : de plus en plus de soins aigus donnés à l'extérieur des hôpitaux, structure complexe des établissements de santé.)



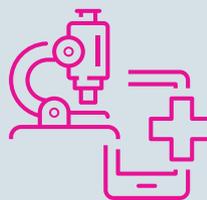
Élargissement des obligations et responsabilités professionnelles

(ex. : plus large portée des activités professionnelles depuis 20 ans, droit de prescrire.)



Évolution de la profession infirmière

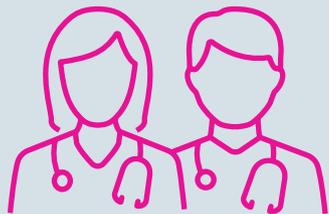
(ex. : jugement clinique plus affirmé, développement de la pratique avancée.)



Utilisation de nouvelles technologies et de nouvelles connaissances

(ex. : introduction progressive des technologies de l'information et de l'intelligence artificielle, développement rapide des connaissances en sciences.)

Des bénéfices pour la profession et la population québécoise



POUR LA PROFESSION

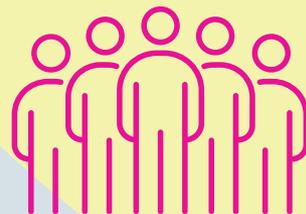
Réalisation de l'ensemble des activités professionnelles en toute **autonomie**



Exercice du **leadership et bonification des collaborations** intra et interdisciplinaires



Avancement de la profession vers de **nouvelles activités professionnelles et spécialités (IPS ou ICS)**



POUR LA POPULATION

Soins et services **plus adaptés aux besoins du patient**



Accès élargi aux soins pour la population québécoise



Solutions infirmières à des problèmes de santé courants ou complexes



Parcours de soins **plus efficient**



Hausse des effectifs infirmiers

Notre recommandation

Deux parcours de formation* au cours desquels seuls les diplômés de niveau universitaire donneraient ouverture au permis de l'OIIQ.

1

DEC-BAC

2

BACCALURÉAT
EN SCIENCES INFIRMIÈRES

* Un troisième parcours de formation, la maîtrise (appliquée) en sciences offerte à l'Université McGill, donne également accès au permis de l'OIIQ.

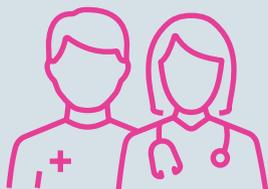


Où en sommes-nous?

Le 12 mai 2022 l'OIIQ a déposé une **demande de révision de la norme d'entrée à l'Office des professions du Québec (OPQ)**. Le processus de traitement prendra plusieurs mois avant qu'une décision gouvernementale soit prise. Quant à l'entrée en vigueur de la nouvelle norme, le cas échéant, des mesures de transition seraient instaurées sur plusieurs années.



Mesures de transition



Infirmières et infirmiers

Toutes les personnes déjà titulaires d'un permis d'exercice **conserveraient** celui-ci et **demeureraient infirmières ou infirmiers**.



Étudiantes et étudiants

Toute personne qui amorcerait son programme de soins infirmiers (DEC) après la mise en vigueur de la nouvelle norme d'entrée à la profession **serait dans l'obligation de compléter un baccalauréat**.



Infirmières et infirmiers diplômés hors Québec / Infirmières et infirmiers diplômés hors Canada

Les personnes qui auront soumis une demande de reconnaissance d'équivalence de diplôme ou de formation après la mise en vigueur de la nouvelle norme d'entrée à la profession **seraient dans l'obligation de compléter un baccalauréat**.



© Shutterstock / Hamaneko Studio

Le niveau d'adéquation entre la formation initiale reçue au collégial et les exigences au seuil d'entrée à la profession selon la perspective de l'infirmière débutante québécoise

Un écart entre la préparation académique et les exigences au seuil d'entrée à la profession pose des défis de taille pour l'infirmière débutante dans sa capacité à accomplir ses activités professionnelles. À cet égard, une recherche inédite a permis d'explorer l'expérience vécue de la relève infirmière détentrice d'un DEC. Cette étude fait état des facilités et difficultés rencontrées dans l'accomplissement de ses activités professionnelles en début de pratique et propose diverses recommandations concernant la formation initiale au Québec.

par **KÉANNE BOILY, inf., M. Sc. (c)**, **SYLVIE CHARETTE, inf., Ph. D.** et **CAROLINE LONGPRÉ, inf., Ph. D.**

Au seuil d'entrée à la profession, l'infirmière nouvellement diplômée est confrontée à de nombreux défis. Parmi ceux-ci, la prise en charge d'un patient instable, la coordination des soins, l'utilisation des résultats probants, l'exercice du jugement clinique dans des situations de soins stables ou instables et la collaboration interdisciplinaire (Djukic et al., 2019; Kavanagh et Szweda, 2017; Loversidge et al., 2018; Song et McCreary, 2020) constituent des exemples fréquemment rapportés dans les écrits. L'infirmière est ainsi disposée à des difficultés de transition et d'acquisition de rôle se répercutant sur sa santé psychologique et sur la qualité des soins.

D'autres enjeux viennent aussi teinter les deux premières années sur le marché du travail des infirmières débutantes. Parmi ceux-ci, notons la question de la formation initiale. Au Québec, comme ailleurs dans le monde, la question est d'actualité : quel est le niveau de préparation requis pour les infirmières de demain? Au Québec, cette question est d'autant plus importante qu'il existe deux voies d'entrées à la profession, soit le diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers et

le baccalauréat (de formation initiale) en sciences infirmières. Afin d'émettre des recommandations quant à la forme et au contenu de la formation initiale des générations futures d'infirmières, il paraît donc important de s'intéresser à l'expérience des infirmières diplômées dans leurs deux premières années de pratique, et plus particulièrement de celles issues du programme de formation collégiale en soins infirmiers, qui représentent 61 % des nouveaux permis délivrés en 2021.

MISE EN CONTEXTE

L'écart constaté entre les rôles que l'infirmière débutante doit assumer et sa formation initiale serait principalement causé par l'augmentation de la complexité des soins, lesquels exigent des compétences* qui vont au-delà de ce qui est appris durant sa formation initiale (Kavanagh et Szweda, 2017; Lima et al., 2016; Ortiz, 2016; Willman et al., 2020).

Cette problématique engendre plusieurs conséquences chez l'infirmière débutante, telles que des difficultés dans l'appropriation de son rôle, de la désorganisation, de

*La compétence est définie comme suit : « Un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations », Tardif (2006).

l'insécurité dans la prise de décisions et dans la priorisation des soins, ainsi qu'une diminution de l'autonomie professionnelle (Charette et al., 2019; Gardulf et al., 2016; Missen et al., 2015; Walker et al., 2017). Ces difficultés influencent d'ailleurs la transition du rôle d'étudiante à celui d'infirmière et engendrent des impacts psychologiques et émotionnels démontrés, comme une augmentation du stress et de l'anxiété, un isolement professionnel, une désillusion du rôle de l'infirmière, une démotivation, de même qu'une diminution de l'estime et de la confiance personnelles (Charette et al., 2019; Duchscher, 2008; Wakefield, 2018; Walker et al., 2017). Il est également important de noter que l'expérience de l'infirmière débutante est décrite comme étant, en grande partie, dominée par la peur dont celle de commettre des erreurs, d'oublier quelque chose ou même, de causer préjudice à un patient (Hawkins et al., 2019; Wakefield, 2018; Widarsson et Jeong et Smith, 2020). À cela s'ajoute un sentiment, hautement documenté dans les écrits, de ne pas se sentir prête à accomplir pleinement son rôle infirmier en raison de l'ampleur de la tâche et des responsabilités en découlant, qui nécessitent des compétences plus avancées que celles pour lesquelles elle a été formée (Gardulf et al., 2016; Hyun et al., 2020; Walker et al., 2017; Widarsson et al., 2020).

Dans le même ordre d'idées, il est intéressant de constater qu'au Québec, seulement 46,1 % des diplômées du programme d'études techniques en soins infirmiers 180.A0 témoignaient avoir un sentiment de compétence élevé dans l'exercice de leur profession dans l'année suivant leur diplomation (MEES, 2020). Ce constat est également partagé par le Comité jeunesse de l'OIIQ dans son avis de 2021, qui concluait que « les infirmières et infirmiers nouvellement diplômés ne sont pas adéquatement préparés pour faire face de façon sécuritaire aux enjeux et défis actuels de la profession en début de pratique ». Cette perception de ne pas être adéquatement préparées à exercer pleinement leur rôle en début de pratique amène un risque non négligeable pour la sécurité des patients et la qualité des soins offerts par les infirmières débutantes (Hyun et al., 2020; Kavanagh et Szewda, 2017; Song et McCreary, 2020).

OBJECTIFS DE RECHERCHE

La présente étude a pour but, d'une part, d'explorer l'expérience de l'infirmière débutante détentrice d'un DEC en soins infirmiers quant à l'adéquation entre la formation reçue et les exigences attendues au seuil d'entrée à la profession et, d'autre part, d'émettre des recommandations à l'égard du parcours de formation initiale. Plus précisément, cette étude permettra de répondre aux objectifs spécifiques suivants, à savoir : explorer les difficultés et les facilités rencontrées par l'infirmière débutante lors de l'accomplissement de ses activités professionnelles, puis dégager les facteurs limitant et facilitant l'appropriation de ses activités professionnelles associés à la formation collégiale reçue.

À notre connaissance, il n'y a pas d'écrits au Québec sur le niveau d'adéquation entre les compétences acquises au terme de la formation collégiale et les exigences d'admission à la profession, selon la perception de l'infirmière débutante. Bien que certaines études aient été menées ailleurs dans le monde (Hyun et al., 2020; Lee et al., 2019; Song et McCreary, 2020), la perspective québécoise est précieuse pour mieux tenir compte des particularités de notre parcours de formation.

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre de référence de cette étude s'appuie sur la vision pédagogique et les assises théoriques identifiées dans les écrits *De novice à expert* de Patricia Benner, en complémentarité avec le cadre conceptuel *La Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (OIIQ, 2009). La théorie *De novice à expert* a permis d'encadrer les indicateurs de développement de l'expertise professionnelle de l'infirmière tout au long de cette étude. Le stade d'infirmière débutante est celui retenu aux fins de cette étude, car il représente l'infirmière dans ses deux premières années de travail (Benner, 1995). La *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* est le référentiel de compétences initiales

adopté par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (OIIQ, 2009). Cette mosaïque permet de modéliser de manière exhaustive l'ensemble des compétences requises pour l'exercice de la profession infirmière au Québec, et ce, dès l'entrée en fonction de l'infirmière débutante. À cet égard, ce référentiel définit les compétences attendues au seuil d'entrée à la profession selon l'interaction dynamique entre trois composantes : la composante fonctionnelle, la composante professionnelle et la composante contextuelle.

MÉTHODOLOGIE

Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé pour ce projet est de type qualitatif exploratoire rétrospectif, dont l'objectif était de diminuer les biais possibles associés au fait que la formation a été modifiée lors de la pandémie du COVID-19.

Échantillonnage

La population visée par cette étude a été des infirmières détentrices d'un DEC en soins infirmiers travaillant dans un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Québec. Les infirmières devaient avoir obtenu leur diplôme d'études collégiales avant la pandémie, soit dans les cohortes de 2018-2019, et ce, afin que l'échantillonnage soit homogène. Comme il s'agit d'une étude rétrospective, il est important de préciser que les participantes étaient considérées comme des infirmières débutantes (Benner, 1995), puisqu'elles ont été invitées à se rapporter à leur expérience professionnelle en début de carrière lors des entrevues, soit après leur diplomation en 2018-2019.

Le recrutement des participantes a été réalisé par convenance pour des raisons pratiques d'accessibilité et de disponibilité, par réseau et par le biais des réseaux sociaux (Fortin et Gagnon, 2016). Au total, 17 participantes ont été retenues, dont deux ont accepté de faire la validation du guide d'entrevue et 15 ont répondu à l'entrevue (n=15).

Collecte des données

L'autodescription qualitative par des entrevues individuelles semi-structurées a été la méthode de collecte des données retenue et s'est déroulée par visioconférence. À cette fin, un guide d'entrevue a été développé pour ce projet de recherche à partir de la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (OIIQ, 2009). Les trois composantes de la mosaïque (fonctionnelle, professionnelle et contextuelle) ont été retenues en vue de structurer le guide d'entrevue. Selon chaque composante, la participante a été invitée à discuter des facilités et des difficultés rencontrées lors de son entrée dans la profession en 2018-2019, en lien avec ses activités professionnelles, en donnant des exemples de son vécu comme nouvelle infirmière (objectif 1). Il lui a été par la suite demandé de mettre en lien certains éléments de son parcours au collégial avec les facilités et difficultés rapportées selon ces mêmes thématiques (objectif 2). Un questionnaire sociodémographique a également permis de recueillir des informations pertinentes sur le profil des participantes, notamment le groupe d'âge, le sexe ainsi que la région administrative où la participante exerçait en début de carrière.

Analyse des données

La stratégie d'analyse des données retenue dans le cadre de ce projet de recherche est la méthode d'analyse de contenu thématique mixte de Miles et al. (2014), assistée par le logiciel NVIVO 10. À cet égard, différents auteurs s'entendent pour décrire l'analyse de contenu comme un processus itératif s'intéressant à l'information contenue dans un message afin d'y trouver un sens et de le catégoriser selon différentes particularités qui émergent des données recueillies (Fortin et Gagnon, 2016; Miles et al., 2014). Pour cette analyse, le cadre de référence de l'étude a permis de structurer les résultats, et ceux-ci ont été catégorisés selon les deux objectifs de l'étude.

Tableau 1
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTES

PARTICIPANTES	SEXE	ÂGE	POURSUIVE DEC-BAC	RÉGION ADMINISTRATIVE	UNITÉ DE SOINS
1	F	20-25 ans	Oui	Capitale-Nationale	Médecine interne
2	F	20-25 ans	Oui	Centre-du-Québec	Pédiatrie
3	F	25-30 ans	Non	Lanaudière	Cardiologie
4	F	30-35 ans	Oui	Montréal	Gériatrie et gastro-entérologie
5	F	20-25 ans	Oui	Laurentides	Cardiologie
6	F	25-30 ans	Oui	Côte-Nord	Chirurgie cardiaque
7	F	20-25 ans	Oui	Lanaudière	Chirurgie
8	F	45-50 ans	Oui	Montréal	Cardiologie et soins de longue durée
9	F	20-25 ans	Oui	Laurentides	Médecine générale
10	F	20-25 ans	Oui	Laurentides	Unité post-partum
11	F	20-25 ans	Non	Saguenay-Lac-Saint-Jean	Médecine générale
12	F	25-30 ans	Oui	Laurentides	Médecine et chirurgie
13	F	25-30 ans	Non	Capitale-Nationale	Pneumologie
14	F	30-35 ans	Non	Capitale-Nationale	Pneumologie
15	F	25-30 ans	Oui	Capitale-Nationale	Gériatrie active

RÉSULTATS

Les résultats associés aux caractéristiques des répondants et aux deux objectifs de l'étude seront présentés. Dans un premier temps, le **Tableau 1** présente les caractéristiques sociodémographiques des 15 participantes (n=15).

Objectif 1 : facilités et difficultés vécues dans la réalisation des activités professionnelles de l'infirmière débutante

Les participantes se sont prononcées sur les facilités et les difficultés qu'elles ont vécues dans l'accomplissement de leurs activités professionnelles lors de leur entrée dans la profession. L'analyse des données a permis l'émergence de thèmes principaux, pour lesquels des difficultés et des facilités associées à la pratique ont été identifiées. L'ensemble de ces résultats est présenté au **Tableau 2**.

LE CISSS DE LA
Gaspésie

A BESOIN DE TOI

Joins-toi à l'équipe!

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Gaspésie

Québec

CISSS-GASPESIE.GOUV.QC.CA/MA-CARRIERE

Tableau 2
DIFFICULTÉS ET FACILITÉS DANS L'ACCOMPLISSEMENT DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIÈRE DÉBUTANTE

THÈMES	DIFFICULTÉS	FACILITÉS
Autonomie décisionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer quand aviser le médecin • Prendre des décisions sur les soins complexes à prodiguer dans des contextes de soins instables • Intervenir de manière autonome (sans filet de sécurité réalisé par l'enseignante) • Appliquer ses savoirs sans craindre de faire des erreurs • Soigner un patient sans craindre de lui porter préjudice 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir et faire le suivi d'une situation stable et connue • Se référer à ses collègues infirmières et à l'assistante infirmière-chef (AIC) pour valider les résultats des évaluations et les interventions réalisées
Détection précoce et intervention rapide en cas de détérioration de l'état de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître les normalités dans les éléments d'évaluation • Reconnaître une situation de soins instable ou critique • Établir des priorités lors de soins d'urgence • Mettre en relation les éléments d'évaluation pour en faire un constat 	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer à ses collègues infirmières cliniciennes et à l'AIC pour valider les résultats des évaluations • Se référer à ses collègues infirmières pour savoir quand aviser le médecin lors d'un changement dans une situation clinique
Pratique infirmière basée sur des résultats probants	<ul style="list-style-type: none"> • Consulter les résultats probants lors de situations inconnues • Intégrer les avancées scientifiques dans sa pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer aux infirmières cliniciennes et à l'AIC, suivre les protocoles infirmiers et les ordonnances collectives • Apprendre par l'observation de ses collègues
Interventions cliniques adaptées au contexte de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir et prioriser les soins lors d'une situation clinique aiguë, instable ou critique • Intervenir auprès de la personne qui requiert des soins de fin de vie • Contextualiser les soins à prodiguer selon la situation clinique • Cibler les évaluations selon la situation 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander de l'aide lors d'une situation clinique aiguë, instable ou critique • Intervenir dans des situations cliniques stables ou chroniques • Faire des évaluations tête-pieds
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Appliquer les principes de base sur l'assignation et la supervision des activités de soins • Gérer une équipe de soins 	—
Collaboration interdisciplinaire et communication	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les infirmières auxiliaires en dyade • Connaître les rôles des autres professionnels de la santé • Parler au médecin et lui décrire une situation clinique 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer avec les patients et l'équipe de soins dans un contexte de soins stable
Coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer le suivi infirmier d'un patient présentant des problèmes de santé complexes • Effectuer la gestion des tâches administratives • Gérer un épisode de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Se référer à ses collègues infirmières pour relever des dossiers et faire la gestion des tâches administratives • Consigner au dossier les notes d'évolution et remplir la documentation pertinente pour assurer un suivi
Professionalisme	<ul style="list-style-type: none"> • Connaître et appliquer ses propres habilitations légales dans le cadre de sa pratique professionnelle • Connaître le niveau de responsabilisation de la profession infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire preuve de professionnalisme dans sa pratique • Respecter le <i>Code de déontologie des infirmières et infirmiers</i> • Protéger la confidentialité des renseignements personnels des patients
Organisation des soins avec une charge de travail inconnue	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser les soins avec une charge de travail plus élevée (nombre de patients) que lors de la formation • Organiser les soins avec l'ajout des rôles non appris (coordination des soins, travailler en dyade, tâches administratives, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demander de l'aide au besoin

Voici un exemple de *verbatim* appuyant l'identification d'un thème (**Encadré 1**).

Encadré 1
THÈME : INTERVENTIONS CLINIQUES ADAPTÉES AU CONTEXTE DE SOINS

Difficulté : Capacité à intervenir dans une situation de soins instables ou critiques



Participant 12

Quand j'ai commencé la première semaine, j'ai eu un patient ayant un OAP flash et je suis vraiment restée figée devant lui, je ne savais pas quoi faire. Je savais de quoi il s'agissait et que le patient n'allait pas bien, que c'était un problème respiratoire, mais les situations d'urgence ne sont pas vues en stage et on ne nous donne pas de patients instables avec de gros problèmes. [...] On voit les cas les plus simples de l'étage ou les plus confus.

Facilité : Intervenir et assurer un suivi clinique dans des situations de santé stables ou chroniques



Participant 11

On surveillait beaucoup l'autonomie du patient, en s'assurant qu'il ne se déshydrate pas, par exemple. Il s'agissait de situations plus générales liées à la personne âgée, comme surveiller la décompensation, et il était facile de faire les liens. C'était du cas par cas, mais quand même, dans l'ensemble, ça revenait souvent aux mêmes choses. Alors à un moment donné, à force de revoir les mêmes cas, je me suis habituée rapidement, à part si on avait des cas spéciaux...

Objectif 2 : facteurs de la formation collégiale influençant l'appropriation des activités professionnelles de l'infirmière débutante

L'analyse des données a également permis d'identifier des thématiques associées avec des facteurs limitant et facilitant

l'appropriation des activités professionnelles rapportés par l'infirmière débutante, en lien avec la formation collégiale reçue. L'ensemble de ces résultats est présenté au **Tableau 3**.

Tableau 3

FACTEURS LIMITANT ET FACILITANT L'APPROPRIATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES RAPPORTÉS PAR LES PARTICIPANTES EN LIEN AVEC LA FORMATION COLLÉGIALE REÇUE

THÈMES	FACTEURS LIMITANTS	FACTEURS FACILITANTS
Fonctionnement du stage	<ul style="list-style-type: none"> Charge de travail réaliste en stage, mais pas représentative de la réalité (nombre de patients) Ratio enseignante/étudiantes trop élevé Attente de la disponibilité de l'enseignante afin d'effectuer des activités en stage Peu d'autonomie décisionnelle (filet de sécurité) Prise en charge de patients ayant un faible niveau de complexité 	<ul style="list-style-type: none"> Importance de l'apprentissage expérientiel en stage
Mode d'apprentissage au cégep et en stage	<ul style="list-style-type: none"> Sanction liée à l'erreur en stage Crainte de poser des questions Peu de rétroaction constructive/positive 	<ul style="list-style-type: none"> Apprentissage expérientiel préconisant la participation à des laboratoires, des ateliers et des simulations
Rôle professionnel dans la prise en charge des patients en stage	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'exposition à des situations cliniques instables ou critiques Pas d'apprentissage théorique en lien avec les évaluations, interventions et soins à prioriser lors de situations cliniques instables ou critiques Pas de prise en charge de patients instables ou critiques 	<ul style="list-style-type: none"> Apprentissage des méthodes de soins Application des ordonnances collectives et protocoles infirmiers en stage Interventions cliniques plus techniques
Responsabilités professionnelles dans la coordination des soins et la collaboration interdisciplinaire	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'exposition en stage sur les principes de base de l'assignation et la supervision des activités de soins Pas d'exposition réaliste aux principes du travail d'équipe Pas d'expositions aux tâches administratives de soins Pas de gestion d'un épisode de soins en stage (faite par l'infirmière de l'unité) Méconnaissance de la trajectoire de soins Manque d'outils pour appliquer les principes de leadership 	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration favorisée entre collègues et étudiantes (entraide en stage) Apprentissage des principes de communication avec la clientèle Apprentissage théorique des principaux modes de communication avec les médecins Apprentissage de l'utilisation de la documentation légale (notes d'évolution, signes vitaux, etc.)
Pratique infirmière appuyée sur des assises scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> Peu de sensibilisation à l'égard de l'utilisation des données issues de la recherche 	—
Intégration de la matière (connaissances et compétences)	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie d'apprentissage favorisant la mémorisation et non la compréhension Trop grande quantité de matière à intégrer en peu de temps Programme axé sur les méthodes de soins Répétition des contenus de cours 	<ul style="list-style-type: none"> Notions significatives théoriques en pharmacologie, pathologie et évaluation tête-pieds Encouragement à travailler comme préposée aux bénéficiaires Encouragement à travailler comme externe durant l'été

Voici un exemple de *verbatim* appuyant l'identification d'un thème (**Encadré 2**).

Encadré 2

THÈME : FONCTIONNEMENT EN STAGE

<p>Facteur limitant : la non-représentativité de la réalité clinique lors des stages</p> <p> Participante 3</p> <p><i>La marche est tout simplement grande par rapport à ce qu'on apprend à l'école. En stage, on a une patiente, parfois deux quand on est bonne, voire trois quand on est très bonne. Et là, on en a 11 avec des bandes de rythme et... ne te trompe pas!</i></p>	<p>Facteurs facilitants : l'importance de l'apprentissage expérientiel vécu dans les milieux cliniques</p> <p> Participante 13</p> <p><i>En ce qui me concerne, mon expérience vient sans aucun doute des stages et des patients que j'ai eus; ça m'a outillée. Ce n'est évidemment jamais parfait quand on sort de l'école, mais la base était quand même très solide et j'ai pu m'appuyer sur ce que j'avais vécu en stage et à l'école pour mieux gérer les différentes situations.</i></p>
--	---

L'analyse des données a également permis de faire émerger des résultats en lien avec le but principal de l'étude. En ce sens, les participantes se sont prononcées librement sur leur expérience et les défis vécus comme infirmières débutantes, ainsi que sur les impacts psychologiques découlant des difficultés à accomplir pleinement leur rôle en début de pratique. Il semble pertinent de mettre de l'avant ces résultats inédits sur le ressenti des participantes dans l'accomplissement de leur rôle comme infirmières débutantes. Ainsi le stress, l'insécurité, une perte de confiance en soi dans la prise de décisions et même un sentiment de peur d'accomplir son rôle professionnel ont été soulevés.



« Comme chaque patient est unique, il faut analyser différemment chaque problème de santé. Chaque nouveauté représentait une autre petite marche et j'avais peur de me tromper. J'avais peur de porter préjudice, j'avais peur de faire des erreurs, j'avais peur... c'était vraiment comme une crainte profonde. »

PARTICIPANTE 3

Le sentiment d'incompétence est un autre impact rapporté; en voici un exemple :



« Incompétente! Pour vrai, un peu. Tu commences, tu penses que tu as un bon bagage, tu sors de l'école, tu as quand même des connaissances, mais tu te rends compte qu'au début, tu ne te sens vraiment pas à la hauteur. Ce n'est pas la réalité, au fond. »

PARTICIPANTE 9

Conséquemment, l'infirmière débutante peut perdre confiance en elle et décider de quitter la profession, comme en témoigne la participante 3.



« Je suis consciente que tout le monde passe par là, c'est juste que je l'ai trouvé vraiment difficile, mon début de carrière. J'ai même souvent pensé à décrocher. »

PARTICIPANTE 3

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats obtenus, plusieurs constats peuvent être établis quant au développement des compétences de l'infirmière débutante après sa formation collégiale, dont l'écart entre les compétences développées au terme de la formation en soins infirmiers au collégial et celles attendues au seuil d'entrée à la profession. Cet écart est présenté sous forme de compétences développées ou insuffisamment développées au terme de la formation collégiale dans le **Tableau 4**.

Les résultats de cette étude soutiennent que la formation collégiale est adéquate, mais qu'elle est cependant insuffisante pour répondre aux nouvelles réalités de soins. À cet effet, il n'est pas étonnant de constater les difficultés vécues par les infirmières débutantes, puisque les compétences insuffisamment développées relèvent majoritairement du cursus universitaire et non du programme collégial actuel (MEES, 2000).

Cette étude a permis, par ailleurs, de démontrer non seulement les compétences insuffisamment développées, mais également celles qui ont été bien acquises au terme de la formation collégiale. En ce sens, plusieurs constats positifs en lien avec la formation collégiale ont été démontrés, tels que l'importance

Tableau 4
COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES ET INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉES EN LIEN AVEC LA FORMATION COLLÉGIALE REÇUE

COMPÉTENCES DÉVELOPPÉES	COMPÉTENCES INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉES
Capacité d'agir avec professionnalisme	Prise en charge de situations cliniques critiques et complexes
Connaissance des approches relationnelles	Gestion d'une équipe de soins
Capacité à poser des questions auprès de ses collègues	Pratique infirmière axée sur des données scientifiques
Planification des activités de soins avec le patient en fonction de ses besoins	Capacité d'intégrer les avancées scientifiques dans la pratique
Capacité à gérer des soins de base prodigués aux patients dans un contexte stable	Collaboration interprofessionnelle
Capacité à déterminer le suivi clinique requis dans le plan thérapeutique infirmier en contexte stable	Interventions infirmières adaptées au patient et à son contexte clinique
Capacité à s'adapter lors de situations où la condition est stable tout au long de l'épisode de soins	Autonomie décisionnelle lors de situations cliniques complexes, instables ou critiques
Capacité à intervenir auprès du patient dans une situation de soins chroniques ou dans une situation de soins de longue durée	Leadership dans la coordination d'une équipe de soins
—	Compétences infirmières à l'extérieur d'un hôpital ou d'un CHSLD
—	Activités clinico-administratives

Vous êtes un
PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
qui travaille en oncologie ?

La Société de leucémie et lymphome du Canada est heureuse de vous offrir un **programme de formation continue** sur les cancers du sang. L'accès à la formation est offert en continu, dans un format d'auto-apprentissage, au moment de votre choix.

La majorité des formations sont accréditées par la Faculté des sciences infirmières de l'UdeM.



SOCIÉTÉ DE
LEUCÉMIE &
LYMPHOME
DU CANADA™

Inscrivez-vous à l'adresse
www.formationcontinuecancersdusang.ca
et explorez les différentes formations offertes.

Pour des questions 1 833 222-4884
ou info@cancersdusang.ca

de l'apprentissage expérientiel, les connaissances en pharmacologie, la communication avec la clientèle ainsi que la capacité à intervenir et à effectuer le suivi dans une situation clinique stable ou chronique. Cependant, les résultats rapportés par les infirmières débutantes démontrent que certaines compétences, telles que la collaboration interdisciplinaire, la coordination des soins, le leadership et même la gestion d'une situation instable ou critique sont insuffisamment acquises à la fin du parcours collégial. Ces résultats concordent donc avec la recension des écrits préalablement réalisée dans le cadre de cette étude, où la non-représentativité de la réalité clinique lors de la formation et des compétences insuffisamment développées ont été mises de l'avant (Djukic et al., 2019; Lee et al., 2019; Loversidge et al., 2018; Song et McCreary 2020; Ulupinar et Aydogan, 2021).

RECOMMANDATIONS

Par souci de répondre à une préoccupation concernant l'impact de ces compétences insuffisamment développées lors de la formation collégiale sur la qualité et la sécurité des soins, des recommandations sont proposées.

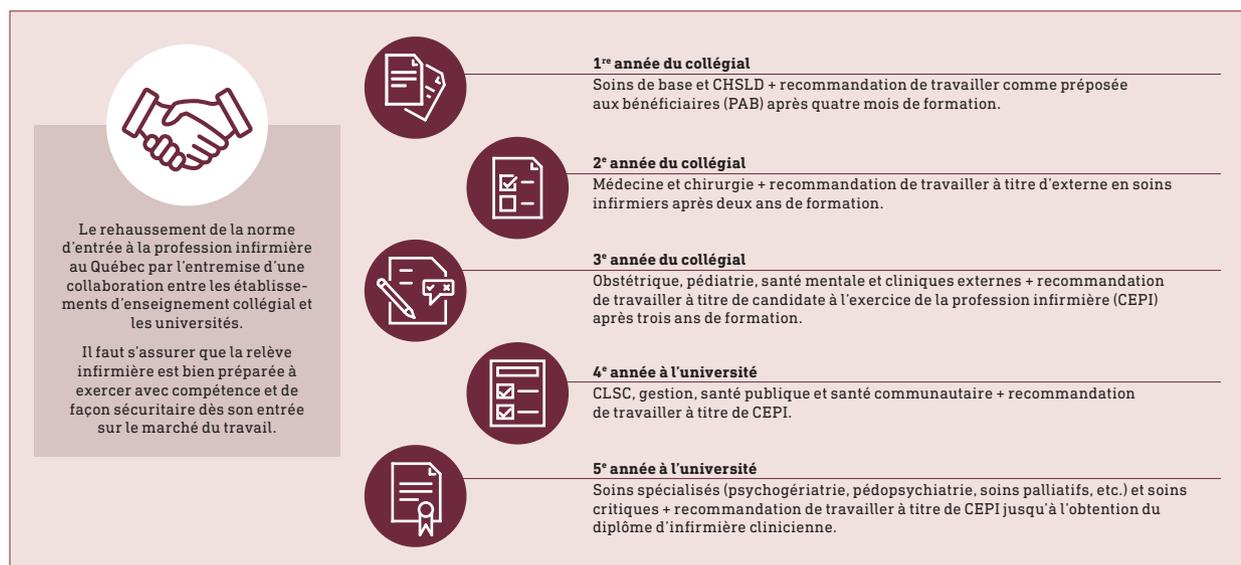
Dans un premier temps, puisque le programme collégial en soins infirmiers fait actuellement l'objet de travaux de modernisation, il serait pertinent de tenir compte des limites, mais aussi de miser sur les forces de cette formation lors de l'analyse du cursus. Il pourrait être suggéré, d'une part, d'ajouter des opportunités d'apprentissages plus réalistes (travailler en dyade, coordonner un épisode de soins, prendre en charge des patients instables, etc.) et, d'autre part, de rehausser le parcours de formation initiale. À cet effet, le choix du cheminement académique que nous

proposons serait le cursus DEC-BAC (où la portion universitaire serait obligatoire) sur cinq ans. Ainsi, les étudiantes pourraient continuer de profiter des retombées positives du programme collégial et développer les compétences manquantes à l'université. Ce cheminement proposé permettrait, par sa complémentarité, de couvrir l'ensemble des compétences nécessaires à l'accomplissement du rôle infirmier et ainsi, de veiller à ce que la relève infirmière possède l'ensemble des compétences nécessaires pour prodiguer des soins sécuritaires et de qualité. D'ailleurs, en 2021, les commissaires des États généraux de la profession infirmière ont notamment réitéré l'importance de rehausser la formation à un niveau universitaire, en plus de recommander la mise à jour de tous les programmes de formation (Ducharme et Salois, 2021). Voici le cheminement proposé détaillé à la **Figure 1**.

Dans un deuxième temps, il est intéressant de constater que le facteur limitant rapporté par l'ensemble des participantes de cette étude était la non-représentativité de la réalité clinique lors de la formation collégiale. D'ailleurs, le facteur qui a le plus facilité l'appropriation des activités professionnelles de la nouvelle infirmière était l'apprentissage expérientiel (stage, simulation, laboratoire). Ainsi, en complément au parcours proposé, nous recommandons que les étudiantes aient l'opportunité de travailler à titre de PAB, externes et CEPI avant l'obtention de leur permis d'exercice (**Figure 1**). Les finissantes du collégial auraient donc un droit d'exercice (à titre de CEPI), mais restreint pour une durée déterminée, jusqu'à l'obtention du baccalauréat. Cette recommandation rejoint également les écrits de Benner (1995), où l'importance de l'apprentissage expérientiel durant la formation est mise de l'avant.

Figure 1

CHEMINEMENT ACADÉMIQUE PROPOSÉ



Source : Les auteures

SEZ Portneuf Québec Charlevoix

Nouveau départ pour l'automne 2022 ?

Rejoignez l'une des équipes du CIUSSS de la Capitale-Nationale
CIUSSSCN.CA/EMPLOI

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale
Québec

Dans un troisième temps, le cheminement proposé passe par l'entremise d'une collaboration entre les établissements d'enseignement collégial et universitaire. D'ailleurs, selon le MEES, l'harmonisation des programmes entre les deux instances est un prérequis pour le bon fonctionnement de ce continuum de formation (passerelle) en vue d'éviter la duplication des offres de formation et de reconnaître les compétences préalablement acquises (MEQ, 1998). Toutefois, dès 2015, le Conseil supérieur de l'éducation (CSE) déplorait l'absence ou le très peu de collaboration dans l'arrimage du contenu des programmes collégiaux et de celui des programmes universitaires. À cet égard, les participantes à l'étude ont souligné la répétition de la matière enseignée dans le cheminement DEC-BAC actuel. Pourtant, des balises pour le développement d'un partenariat entre les deux instances d'enseignements avaient été établies lors de la création de la formation infirmière intégrée (DEC-BAC), dans le but de départager les compétences qui relèvent de chacune d'elles (MEES, 2000). Une relance de ce cadre de référence qui date de 2000 serait une avenue pertinente pour l'actualisation des programmes de formation.

Enfin, les écrits scientifiques soutiennent l'importance d'une adéquation entre les compétences attendues de l'infirmière débutante par les milieux de soins et celles développées à la fin d'un programme de formation (Charette et al., 2019; Hyun et al., 2020; Widarsson et al., 2020). En ce sens, la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (OIIQ, 2009), puisqu'elle constitue le référentiel de compétences au seuil d'entrée à la profession, en ce qu'elle agit comme repère pour évaluer cette adéquation. Comme elle date de 2008 et que la présente étude ait démontré que les infirmières nouvellement diplômées au terme d'un programme collégial n'affichent pas un profil témoignant de l'ensemble des compétences attendues, il est recommandé d'en faire une mise à jour.

L'ensemble de ces recommandations permettront de combler l'écart démontré entre les compétences développées au terme de la formation collégiale et celles attendues au seuil d'entrée à la profession.

EN CONCLUSION

La présente étude a mis en évidence l'état du développement des compétences de l'infirmière débutante après sa formation collégiale, tout en démontrant l'écart entre ses compétences acquises et ses capacités d'accomplir ses activités professionnelles.

En effet, les participantes se sont prononcées sur le niveau d'appropriation de leurs activités professionnelles en relation avec des facteurs facilitants et limitants au terme de la formation collégiale reçue. Ainsi, l'infirmière débutante est rapidement exposée à des situations cliniques auxquelles elle n'a pas été initiée durant sa formation collégiale et mentionne, de ce fait, vivre de l'anxiété, perdre confiance en elle, rencontrer des difficultés à accomplir son rôle professionnel, craindre de commettre des erreurs ou penser quitter la profession.

En ce sens, il est impératif de veiller à ce que la relève infirmière soit bien préparée à exercer avec compétence et de façon sécuritaire dès son entrée dans la profession. Les recommandations qui ont été proposées en lien avec les programmes de formation infirmière au Québec visent donc à améliorer les compétences cliniques minimales de la relève infirmière en début de pratique en vue d'une meilleure appropriation de ses activités professionnelles, gage d'une prestation de soins de qualité et sécuritaire. •



LA NORME D'ENTRÉE À LA PROFESSION

Le 12 mai 2022, l'OIIQ a déposé une demande de révision de la norme d'entrée à l'Office des professions (OPQ). Pour en savoir plus sur ce dossier, consultez : oiiq.org/nep.

La Fondation de l'OIIQ

Quatre programmes, autant de leviers pour le développement professionnel des infirmières et infirmiers.

Bourses universitaires de 1^{er} cycle

Jusqu'à 23 bourses régionales annuelles de 7 000 \$ destinées aux personnes diplômées du DEC et aux CEPI du parcours DEC-BAC qui commencent leur formation universitaire au baccalauréat en sciences infirmières

Bourses Noëlette-Drouin

Deux bourses provinciales d'une valeur de 10 000 \$ offertes annuellement à des étudiantes et étudiants finissants du programme universitaire de 1^{er} cycle en sciences infirmières

Bourses universitaires de 2^e cycle

Quatre bourses provinciales de 10 000 \$ destinées annuellement à des membres qui commencent la formation de 2^e cycle universitaire en sciences infirmières ou dans un des domaines connexes

Bourse Joan Walker-Payette

Une bourse annuelle de 2 500 \$ attribuée à une personne diplômée hors Canada pour l'aider à combler ses besoins lors d'un stage non rémunéré

Découvrez les différentes bourses de la Fondation à fondationoiiq.org
Prochain appel de candidatures: printemps 2023



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

LES AUTEURES

KÉANNE BOILY

Inf., M. Sc. (c.)

Enseignante en soins infirmiers au Collège Montmorency.

SYLVIE CHARETTE

Inf., Ph. D.

Professeure en sciences infirmières à l'UQO.

CAROLINE LONGPRÉ

Inf., Ph. D.

Professeure en sciences infirmières à l'UQO.

RÉFÉRENCES

Benner, P. (1995). «From novice to expert. Excellence and power in clinical nursing practice». Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Charette, M., Goudreau, J. et Bourbonnais, A. (2019). «How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings». *Nurse Education Today*, 79, 161-167. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.031>

Conseil supérieur de l'éducation (CSE). (2015). «Retracer les frontières des formations collégiales: entre l'héritage et les possibles. Réflexion sur de nouveaux diplômes collégiaux d'un niveau supérieur à celui du DEC technique». Québec: Le Conseil.

Djukic, M., Stimpfel, A.W. et Kovner, C. (2019). «Bachelor's degree nurse graduates report better quality and safety educational preparedness than associate degree graduates». *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(3), 180-186. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.08.008>

Ducharme, F. et Salois, R. (2021). «Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec: Un changement porteur d'avenir». Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec – Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière.

Duchscher, J.B. (2008). «A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. Repéré à <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>

Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2016). «Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives» (3^e éd.). Montréal, QC: Chenelière Éducation.

Gardulf, A., Nilsson, J., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., ... Johansson, E. (2016). «The Nurse Professional Competence (NPC) scale: Self-reported competence among nursing students on the point of graduation». *Nurse Education Today*, 36, 165-171. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.09.013>

Hawkins, N., Jeong, S., et Smith, T. (2019). «Coming ready or not! An integrative review examining new graduate nurses' transition in acute care». *International Journal of Nursing Practice*, 25(3)

Hyun, A., Tower, M., et Turner, C. (2020). «Exploration of the expected and achieved competency levels of new graduate nurses». *Journal of Nursing Management*, 28(6), 1418-1431. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jonm.13105>

Kavanagh, J.M. et Szweda, C. (2017). «A Crisis in competency: The strategic and ethical imperative to assessing new graduate nurses' clinical reasoning». *Nursing Education Perspectives*, 38(2), 57-62. Repéré à <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000112>

Lee, S.H., Kim, J.-H., Jung, D. et Kang, S.J. (2019). «Educational needs for new graduate nurses in Korea». *Nurse Education in Practice*, 34, 167-172.

Lima, S., Newall, F., Jordan, H.L., Hamilton, B. et Kinney, S. (2016). «Development of competence in the first year of graduate nursing practice: A longitudinal study». *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 878-888. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.12874>

Loversidge, J., Yen, P.-Y., Chipps, E., Gallagher-Ford, L., Genter, L. et Buck, J. (2018). «Top-of-license nursing practice, Part 2: Differentiating BSN and ADN perceptions of top-of-license activities». *Journal of Nursing Administration*, 48(6), 329-334. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000623>

Miles, M.B., Huberman, A.M. et Saldana, J. (2014). «Qualitative data analysis: A methods sourcebook» (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). (1998). «Pour une harmonisation des programmes d'études professionnelles et techniques». Québec: MEQ – Direction générale de la formation professionnelle et technique.

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS). (2008). «Programme d'étude technique 180.AO: Soins infirmiers». Québec: MELS.

Ministère de l'Enseignement supérieur (MES). (2021). «Profession infirmière: la ministre Danielle McCann lance la modernisation de la formation collégiale» [communiqué]. Québec. Repéré à <https://www.newswire.ca/fr/news-releases/profession-infirmiere-la-ministre-danielle-mccann-lance-la-modernisation-de-la-formation-collégiale-865495332.html>

Missen, K., McKenna, L. et Beauchamp, A. (2015). «Work readiness of nursing graduates: Current perspectives of graduate nurse program coordinators». *Contemporary Nurse*, 51(1), 27-38. Repéré à <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1095054>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). «Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière: compétences initiales» (2^e éd.). Montréal: OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec – 2020-2021». Repéré à [Rapport_statistique_2020-2021.pdf](https://rapport-statistique_2020-2021.pdf)

Ortiz, J. (2016). «New graduate nurses' experiences about lack of professional confidence». *Nurse Education in Practice*, 19, 19-24. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.04.001>

Song, Y. et McCreary, L.L. (2020). «New graduate nurses' self-assessed competencies: An integrative review». *Nurse Education in Practice*, 45, 102801. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102801>

Tardif, J. (2006). «L'évaluation des compétences – Documenter le parcours de développement». Montréal: Chenelière Éducation.

Ullupinar, S. et Aydoğan, Y. (2021). «New graduate nurses' satisfaction, adaptation and intention to leave in their first year: A descriptive study». *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1830-1840. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jonm.13296>

Wakefield, E. (2018). «Is your graduate nurse suffering from transition shock?». *Journal of Perioperative Nursing*, 31(1), 47-50. Repéré à <https://doi.org/10.26550/311/47-50>

Walker, A., Costa, B.M., Foster, A.M. et de Bruin, R.L. (2017). «Transition and integration experiences of Australian graduate nurses: A qualitative systematic review». *Collegian*, 24(5), 505-512. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.10.004>

Widarsson, M., Asp, M., Letterstål, A. et Källested, M.-L.S. (2020). «Newly graduated Swedish nurses' inadequacy in developing professional competence». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 51(2), 65-74. Repéré à <https://doi.org/10.3928/00220124-20200115-05>

Willman, A., Bjuresäter, K. et Nilsson, J. (2020). «Newly graduated nurses' clinical competencies and need for further training in acute care hospitals». *Journal of Clinical Nursing*, 29(13/14), 2209-2220. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.15207>

Le CHSLD Saint-Lambert sur-le-Golf

Recrute

Infirmier(ière)s avec possibilité d'avancement Coordinatrice, chef d'unité



Une
entreprise
familiale
d'ici



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

- Horaire stable, conciliation travail-vie personnelle
- Repas complet 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
- Lauréat Sociétés les mieux gérées au Canada 2022
- Entraide et disponibilité de vos collègues et supérieurs
- Et bien d'autres avantages ...

Postulez dès maintenant

450 672-3975

chsl_d_rh@residencessoleil.ca
555, ch. Tiffin, Saint-Lambert
Stationnement gratuit ou transport à la porte
depuis métro Longueuil



Scannez et consultez
nos offres d'emploi



RabaisCampus

SERVICE D'ABONNEMENTS - MAGAZINES ET JOURNAUX

**LES PLUS BAS PRIX GARANTIS!
JUSQU'À 89% DE RABAIS SUR LE PRIX EN KIOSQUE**

22,95 \$ 1 an 59,99 \$ 22,95 \$	-39% 1 an 65,45 \$ 39,95 \$	21,95 \$ 1 an 62,91 \$ 21,95 \$	15,95 \$ 6 nos 29,94 \$ 15,95 \$	-60% 1 an 624,00 \$ 251,32 \$	-69% 1 an 700,96 \$ 219,44 \$	-65% 1 an 630,24 \$ 219,44 \$
-64% 1 an 83,88 \$ 29,95 \$	-47% 1 an 67,92 \$ 35,99 \$	-11% 1 an 90,00 \$ 79,95 \$	-16% 1 an 95,88 \$ 81,00 \$	-43% 1 an 63,60 \$ 35,95 \$	-33% 2 ans 52,00 \$ 34,95 \$	22,95 \$ 1 an 23,80 \$ 22,95 \$
-61% 2 ans 71,88 \$ 27,95 \$	-38% 1 an+1 no 47,94 \$ 29,95 \$	24,99 \$ 1 an+1 no 69,90 \$ 24,99 \$	21,95 \$ 1 an 59,91 \$ 21,95 \$	-48% 10 nos 49,50 \$ 25,95 \$	-41% 1 an 92,16 \$ 54,00 \$	25 \$ 5 nos 50,00 \$ 25,00 \$
-78% 2 ans 199,80 \$ 44,95 \$	-34% 1 an 143,88 \$ 95,00 \$	22,95 \$ 1 an 41,70 \$ 22,95 \$	22,95 \$ 1 an 27,80 \$ 22,95 \$	-35% 1 an 47,70 \$ 30,95 \$	22,95 \$ 1 an 27,80 \$ 22,95 \$	-29% 1 an 57,50 \$ 40,95 \$
-52% 1 an 259,48 \$ 124,95 \$	-59% 1 an 186,68 \$ 75,95 \$	-52% 1 an 259,48 \$ 124,95 \$	-56% 1 an 207,40 \$ 90,95 \$	-57% 1 an 79,60 \$ 33,95 \$	-57% 1 an 79,60 \$ 33,95 \$	17,49 \$ 1 an 31,80 \$ 17,49 \$
-37% 1 an 59,88 \$ 37,95 \$	-57% 1 an 107,40 \$ 45,95 \$	-46% 1 an 76,45 \$ 40,95 \$	-45% 1 an 83,40 \$ 45,95 \$	-40% 1 an 65,45 \$ 38,95 \$	-53% 1 an 87,45 \$ 40,95 \$	-47% 1 an 77,35 \$ 40,95 \$

POURQUOI PAYER PLUS ?
265 TITRES DISPONIBLES !
64 TITRES À 25 \$ OU MOINS

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

19 TITRES EN SCIENCE & NATURE
9 TITRES EN CUISINE, RESTOS & VINS
53 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. Les prix comprennent tous les frais incluant ceux de gestion, sauf les taxes applicables. Certaines conditions peuvent s'appliquer. Prix et disponibilité de publications sujets à changements sans préavis. Imprimé 08-2022

Envie d'aventure?

Donne un vent de fraîcheur à ta carrière et joins-toi à notre « famille du Nord » !

Le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava recherche du personnel infirmier pour travailler dans les 7 communautés de la Baie d'Ungava, au Nunavik!

Avantages :

- Mêmes conditions salariales qu'au sud de la province selon la convention collective de la FIQ en vigueur
- S'ajoutent des primes nordiques très avantageuses pouvant aller à plus de 730\$ par semaine
- Possibilité de 4 à 6 semaines de travail au nord suivi de 4 à 6 semaines de congé au sud à la suite de l'obtention d'un poste et sur certaines conditions
- Possibilité d'être embauché à temps partiel occasionnel (TPO) si tu as déjà complété la formation en rôle élargi
- Possibilité d'effectuer des évacuations aériennes dans les différents villages
- Logement fourni et billets d'avion payés
- Heures supplémentaires payées ou banquées
- Assurances collectives et régime de retraite avantageux
- Environnement de travail exceptionnel!

Qualification et expériences requises :

- Membre en règle de l'OIIQ
- Expérience minimale d'une année
- Une expérience à l'urgence et aux soins intensifs est un atout majeur
- Bonne connaissance de l'anglais



Tu as ce qu'il faut?

Envoie-nous ton CV à l'adresse :
recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca



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

À PROPOS DU **trouble dépressif caractérisé**

par PIERRE PARISEAU-LEGAULT, inf., professeur au Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais et ANDRÉE-ANNE CHOQUETTE, inf., professeure praticienne en science de la santé, École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke

La dépression, ou trouble dépressif caractérisé, touchera un adulte canadien sur cinq au cours de la vie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (2017), il s'agit de la principale cause d'invalidité dans le monde. Au Québec, des initiatives comme le programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) ont été proposées en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale à l'intention des personnes vivant avec ce trouble. Les infirmières œuvrant en communauté ou en établissement de santé sont appelées à apporter une contribution importante au rétablissement des personnes symptomatiques, que ce soit par le dépistage, l'évaluation, l'intervention ou le suivi clinique.



POUR EN SAVOIR PLUS

Vous souhaitez en apprendre davantage sur les troubles dépressifs? Suivez la formation en salle ou à distance « Troubles dépressifs : dépister, évaluer, intervenir » à oiiq.org/troubles-depressifs

RÉFÉRENCES

Voir page 62

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- 01. Les causes du trouble dépressif sont uniquement biologiques, c'est-à-dire que ce trouble mental est dû à des anomalies de certains neurotransmetteurs.**

Réponse : Faux

L'étiologie du trouble dépressif demeure à ce jour inconnue, mais l'hypothèse de son origine multifactorielle est généralement acceptée. L'interaction entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux semble en effet participer à l'émergence et au maintien de la symptomatologie dépressive. Les anomalies de la neurotransmission, le stress, une faible estime de soi, une sensibilité accrue au rejet, les expériences d'adversité et de traumatismes durant l'enfance, ainsi que l'absence de soutien social sont au nombre des facteurs de risque établis par la littérature scientifique (Remes, Mendes et Templeton, 2021).

- 02. Le repérage du trouble dépressif caractérisé peut se faire en quelques minutes, dans la plupart des milieux de soins.**

Réponse : Vrai

Selon le PQPTM, le repérage est le « processus de reconnaissance des personnes présentant des indices d'un trouble [...] afin de les orienter vers les services pertinents » (MSSS, 2021, p. 41). Il est recommandé d'être à l'affût d'un trouble dépressif chez les personnes à risque, soit celles ayant un antécédent de trouble dépressif, celles présentant des symptômes somatiques pouvant être associés au trouble dépressif (p. ex. : fatigue et insomnie) et celles ayant un problème de santé chronique (p. ex. : diabète) associé à une altération du fonctionnement. En pareils cas, l'infirmière peut effectuer le repérage en posant les deux questions du QSP-2 (Questionnaire sur la santé du patient) : *Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants : 1) peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses, et 2) vous sentir triste, déprimé ou désespéré.* Si la personne obtient un score de 3 ou plus, l'infirmière doit soit entreprendre une démarche évaluative plus poussée, soit orienter la personne vers les services requis pour clarifier le diagnostic (MSSS, 2021). Le questionnaire et son interprétation sont disponibles sur le site de l'INESSS (2015).

Bien que les troubles dépressifs soient courants, plusieurs personnes atteintes ne font pas l'objet d'un diagnostic; par conséquent, elles ne reçoivent pas les soins appropriés. Effectivement, selon une étude, moins de la moitié des Canadiens ayant des symptômes dépressifs ont reçu un diagnostic et, parmi ceux-ci, seulement 30 % auraient eu recours à de l'aide professionnelle dans l'année précédant l'étude (Pelletier et al., 2017). L'infirmière a donc un rôle clé à jouer dans le repérage des personnes ayant des symptômes dépressifs afin de faciliter l'accès à un diagnostic et aux soins requis.

- 03. Une personne qui vit un trouble dépressif caractérisé présente nécessairement une humeur déprimée.**

Réponse : Faux

Il est commun de croire qu'une personne dépressive affichera nécessairement un air triste. Cependant, la dépression est un concept large dont la présentation est hétérogène. Parmi les symptômes principaux devant être présents pour confirmer le diagnostic, on retrouve soit une humeur dépressive ou une perte de plaisir, et ce, la plupart du temps, depuis au moins deux semaines (APA, 2022). De nombreux facteurs peuvent influencer la façon de ressentir ou d'exprimer les symptômes dépressifs. Par exemple, l'humeur peut être plus irritable que triste chez certaines personnes, comme les enfants et adolescents (APA, 2022), les hommes (Gerber, Nguyen et Fischberg, 2016) et aussi chez les personnes âgées. Dans d'autres cas, ce sont davantage les symptômes somatiques qui caractérisent la maladie. Effectivement, chez certaines personnes âgées, la dépression peut se manifester par des plaintes douloureuses ou une accentuation des déficits cognitifs (Le Bozec et Bouché, 2020).

Chez l'homme, on peut aussi remarquer certaines stratégies qui viennent masquer les symptômes de dépression, comme le surinvestissement au travail (Roy et Tremblay, 2012). En outre, la dépression se révèle différemment selon la culture. Par exemple, la fatigue, des difficultés de sommeil et des symptômes cardiaques constituent les symptômes du trouble dépressif les plus fréquemment rapportés dans certaines cultures, et non l'affaissement de l'humeur et la perte d'intérêt (Haroz et al., 2017). Ainsi, l'infirmière doit demeurer à l'affût des manifestations de détresse pouvant se manifester de façon moins classique, afin de détecter efficacement les troubles dépressifs. En cas de doute, l'infirmière peut vérifier s'il y a eu un changement significatif dans le fonctionnement pour dépister la présence d'une problématique (APA, 2022).

04. L'activation comportementale, une intervention utilisée pour diminuer les symptômes dépressifs, consiste à demander à la personne d'augmenter le temps consacré à l'activité physique dans son quotidien.

Réponse : Faux

Bien que protectrice contre la symptomatologie dépressive, l'activité physique est distincte de l'activation comportementale. L'activation comportementale est une intervention dont l'objectif est d'augmenter progressivement l'engagement de la personne déprimée dans des activités qui lui procurent un sentiment de plaisir ou de maîtrise sur sa vie. Elle s'appuie sur la théorie suggérant que les symptômes dépressifs sont maintenus par des comportements de fuite et d'évitement, lesquels contribuent à l'isolement social de la personne et nuisent au renforcement de comportements protecteurs face à la dépression (Parikh et al., 2016). Par exemple, une personne vivant un trouble dépressif caractérisé d'intensité modérée pourrait profiter de cette intervention (MSSS, 2021), en étant accompagnée et soutenue par l'infirmière afin d'identifier les activités qui lui procurent du plaisir et contribuent à son bien-être. Par la suite, des objectifs réalistes seront identifiés avec elle à l'égard de ces activités. Trois éléments composent généralement l'activation comportementale : le développement de l'alliance thérapeutique et l'éducation psychologique, l'analyse fonctionnelle et la planification des objectifs, ainsi que la consolidation des acquis (Soucy Chartier, Blanchet et Provencher, 2013). Des études récentes suggèrent la contribution des infirmières à la mise en œuvre d'une telle intervention. On estime que son efficacité, lorsqu'elle est administrée par des professionnels de la santé, est comparable à son administration dans le cadre d'une psychothérapie (Cuijpers et al., 2019; Richards et al., 2016). Le MSSS (2021) précise que cette intervention comporte généralement de 16 à 20 séances étalées sur une période de trois à quatre mois.

05. Les traitements pharmacologiques sont généralement requis lorsque le trouble dépressif atteint un degré de sévérité allant de modéré à élevé.

Réponse : Vrai

Les lignes directrices du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (Parikh et al., 2016) précisent que les antidépresseurs de seconde génération sont recommandés comme agents de première intention lorsque le trouble dépressif caractérisé présente un degré de sévérité allant de modéré à élevé. Le degré de sévérité du trouble dépressif caractérisé est établi à la suite de l'évaluation complète de la condition de santé à laquelle procède le clinicien habilité à poser un tel diagnostic, notamment en fonction de l'altération fonctionnelle présentée par la personne dans différentes sphères de sa vie (par exemple, son fonctionnement social et professionnel). L'infirmière se doit donc d'évaluer la condition de santé physique et mentale de la personne. Des échelles de mesure, comme le Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9) sont souvent utilisées comme soutien à l'exercice du jugement clinique (INESSS, 2015). Pour le trouble dépressif caractérisé dont la sévérité est légère, Parikh et ses collaborateurs (2016) précisent que les interventions psychoéducatives et psychosociales sont privilégiées. Un traitement pharmacologique peut cependant être considéré dans certaines circonstances, en l'absence de réponse de la personne à ces interventions et compte tenu de son historique et de ses préférences.

Programme privilège de ROGERS



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Économisez jusqu'à

30\$/mois

par ligne, jusqu'à
9 lignes supplémentaires

avec un forfait Infini de Rogers... après
le Rabais paiements automatiques¹
et le rabais du programme².

+ obtenez un crédit de 120 \$ sur facture

avec un nouveau téléphone et financement
(Nouvelles activations seulement)³.

**Inscrivez-vous dès
aujourd'hui !**

Contactez votre représentant
autorisé **NorCom** avec votre
numéro de membre de **L'OIIQ**
et c'est avec plaisir que nous
vous aiderons.

IMPORTANT : Ce rabais est
disponible uniquement si vous
effectuez votre transaction
auprès de Norcom.
Cette offre n'est pas disponible
en magasin.

**Magasinez en ligne sur notre
portail de commande:**

www.Norcom.Biz/OIIQ

NorCom - Rogers
514-904-0955 Option : 2
support@norcom.ca

ROGERS



Soif d'aventure et de dépassement ? On t'ouvre les portes du **Grand Nord!**

Nous sommes réputés pour notre personnel infirmier **parfaitement formé... et parfaitement heureux!** Pas surprenant puisqu'il y a plusieurs avantages à faire partie de notre équipe notamment le fait d'avoir les **premiers choix de remplacement** dans plusieurs communautés cries et inuites.



Change ta vie, fais une différence



Fais-nous parvenir ton CV
infos@solutionsnursing.ca
solutionsnursing.ca
+1 877-893-7646 | 514-735-7645

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
recrutement.csi@ssss.gouv.qc.ca
www.inuulitsivik.ca

Ne changez pas

Évoluez

Mepilex® Border

Mise à niveau et transition vers Mepilex® Border Flex

Pansement remboursé par la RAMQ

Mises à niveau faites à partir de Mepilex® Border

Pellicule de support imprimée

- Moniteur de progression de l'exsudat

Couche superabsorbante améliorée

- Pourcentage accru de fibres superabsorbantes
- Capacité de piégeage (blocage) des bactéries

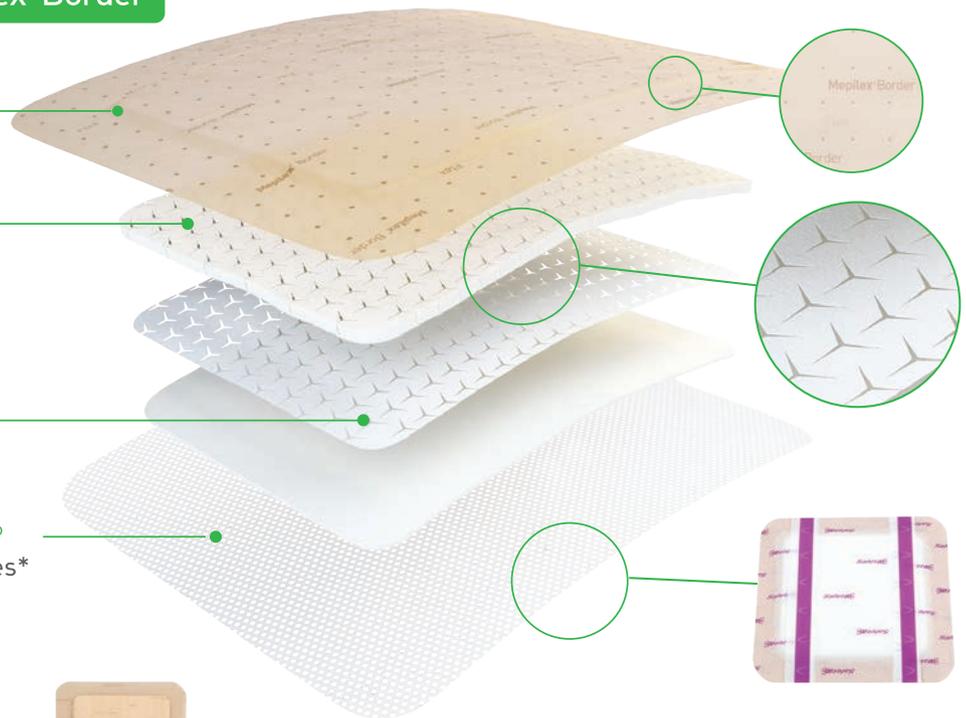
Couche de propagation (diffusion) améliorée

- Technologie Flex

Couche de contact de plaie Safetac®

- Doublure antiadhésive en 3 parties*

* Pour les formats de 15x15 cm et 15x20 cm seulement



ACTUEL



NOUVEAU



Mepilex Border

*Boîte de 5 pansements

Code de matériel Boîtes/ Caisses Unité Caisses

295000 10/5's 50

295200 14/5's 70

295300 10/5's 50

295400 10/5's 50

295600 10/5's 50

Mepilex Border Flex

*Boîte de 10 pansements

Code de matériel TAILLE Boîtes/ Caisses Unité Caisses

595011 12,5x12,5cm 8/10's 80

595211 7,5x7,5cm 5/10's 50

595311 10x10cm 5/10's 50

595411 15x15cm 5/10's 50

595611 15x20cm 12/10's 120

Format d'emballage

10 PAR BOÎTE 8 BOÎTE/ CAISSE

10 PAR BOÎTE 5 BOÎTE/ CAISSE

10 PAR BOÎTE 5 BOÎTE/ CAISSE

10 PAR BOÎTE 5 BOÎTE/ CAISSE

10 PAR BOÎTE 12 BOÎTE/ CAISSE



Pour plus d'informations

Mölnlycke
1-800-494-5134
www.molnlycke.ca

Mepilex® Border Flex

Safetac®
TECHNOLOGIE



Mölnlycke®



© Shutterstock/ phloxii

Cas clinique

M^{me} NGUYEN

M^{me} Nguyen a accouché de son premier enfant à 41 semaines de grossesse. Sa petite fille, Jade, est maintenant âgée de deux semaines. Elle vous appelle car elle est inquiète. Elle a remarqué que la langue de son bébé est blanchâtre. De plus, elle dit ressentir de la douleur durant la tétée sous la forme d'un pincement. Vous invitez M^{me} Nguyen à venir vous rencontrer au CLSC dès le lendemain matin afin d'évaluer la situation.

À l'aide de ces informations, pouvez-vous conclure dès maintenant qu'il s'agit d'une infection fongique à *Candida albicans*?

L'infection fongique à *Candida albicans* en contexte d'allaitement

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 DÉCRIRE

les causes possibles de douleur liées à l'allaitement et reconnaître les signes et symptômes d'une infection fongique à *Candida albicans* chez la mère allaitante et le bébé.

02 MOBILISER

de nouvelles connaissances pour intervenir de façon plus efficace dans le dépistage, le traitement et le suivi de l'infection fongique à *Candida albicans* chez la mère allaitante et le bébé.

03 SITUER

le rôle de l'infirmière et la prescription infirmière dans le continuum des soins de la dyade mère-bébé lors d'une problématique d'infection fongique en contexte d'allaitement maternel.

par **MÉLANIE NADEAU, inf., M. Sc., IBCLC** et **MARIE-JOSÉE MARTEL, inf., Ph. D.**

La candidose mammaire, due au champignon *Candida albicans*, est une infection fongique pouvant affecter les femmes qui allaitent. et cette infection peut toucher de 5 à 10 % des bébés (Société canadienne de pédiatrie [SCP], 2021). Elle peut compromettre l'allaitement, qui est pourtant fortement recommandé pour ses bienfaits sur la santé et le développement du bébé. Or l'infirmière, dans le cadre de sa pratique, peut jouer un rôle crucial pour soutenir l'allaitement. Elle peut, en effet, évaluer l'état de santé de la mère et du bébé, déceler les signes de complication et intervenir efficacement, notamment lorsqu'elle détient le droit de prescrire dans le domaine « Problèmes de santé courants ».

En 1991, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) ont lancé l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB) (World Health Organization, UNICEF et Wellstart International, 1999). Son objectif est d'encourager les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés du monde entier à mettre en œuvre les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » de l'OMS. Les établissements qui ont documenté leur pleine adhésion à ces dix conditions, ainsi que leur conformité au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (OMS, 1981; World Health Organization, 2017) et aux résolutions subséquentes de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code) (OMS, 1981), peuvent être désignés « amis des bébés ». Au Canada, l'IHAB est devenue

l'Initiative des amis des bébés (IAB) afin d'inclure tous les milieux fréquentés par les parents et leurs enfants. Au Québec, l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins a été, en 1999, le premier hôpital certifié au Québec et au Canada (Gouvernement du Québec, 2010). Dans notre province, cette certification peut être accordée aux hôpitaux, aux maisons des naissances et aux CLSC (Gouvernement du Québec, 2021). Contrairement à la croyance populaire, l'IAB n'exerce pas de pression sur les mères afin qu'elles allaitent. L'IAB a un rôle unique à jouer en fournissant aux futures mères et à leurs bébés le soutien et l'encouragement nécessaires, au bon moment, pour que l'allaitement soit un succès (OMS/UNICEF, 2019).

Selon les données statistiques les plus récentes (Statistique Canada, 2022a), le taux d'allaitement maternel à la naissance est de 92,6 % au Québec chez les femmes de 18 à 34 ans. Comparativement au taux d'environ 64 % au début des années 1980 (McNally, Hendricks et Horowitz, 1985), il y a eu un bond impressionnant qui peut sans doute être attribué à un changement culturel mais aussi aux efforts de certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans l'implantation de l'IAB. Selon Pérez-Escamilla, Martinez et Segura-Pérez (2016), l'adhésion aux dix étapes de l'IAB a un impact positif sur les résultats de l'allaitement à court, moyen et long terme. Bien qu'au Québec une grande proportion de femmes initie l'allaitement maternel de leur nouveau-né, elles sont nombreuses à ne pas atteindre les recommandations officielles, soit l'allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois de la vie et la poursuite de l'allaitement avec l'ajout d'aliments complémentaires jusqu'à deux ans et au-delà (Statistique Canada, 2020b). Les deux principales raisons que donnent les mères pour arrêter l'allaitement avant six mois sont le manque de lait et les difficultés à allaiter (Statistique Canada, 2022a). De plus, la douleur aux mamelons pousse souvent des femmes à cesser l'allaitement plus tôt que ce qu'elles avaient prévu (Berens et al., 2016). La candidose mammaire est justement une source de douleur rencontrée par les mères durant la période d'allaitement maternel. Les informations contenues dans cet article visent à satisfaire la condition 2 de l'IAB, soit de veiller à ce que les professionnels de la santé possèdent les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour assurer un soutien à l'allaitement (OMS/UNICEF, 2019).

QU'EST-CE QUE L'INFECTION FONGIQUE À *CANDIDA ALBICANS*?

La colonisation par le *Candida albicans*, un champignon qu'on appelle également levure, peut se manifester dès la première semaine de vie chez le bébé (SCP, 2021). Le *Candida* est souvent présent dans la bouche des bébés sans leur causer de problèmes. Comme le système immunitaire des bébés est en développement, il arrive que ce champignon se multiplie et cause une infection (SCP, 2018). Il peut causer des mycoses symptomatiques comme le muguet et l'érythème fessier (SCP, 2021). De plus, il est fréquent d'en trouver dans le lait maternel sans que cela cause une infection ou une problématique. Le *Candida albicans* aime l'humidité, l'obscurité et peut causer des infections dans les milieux chauds et humides comme les mamelons, les seins, la peau mais aussi le vagin, la bouche et les parties du corps recouvertes par la couche des bébés (Campbell et al., 2019; CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2019; Lawrence et Lawrence, 2022). Ainsi, la colonisation des mamelons de la mère peut faire partie des modes de transmission chez

les nourrissons allaités (SCP, 2021). Le muguet mammaire peut représenter tout un défi pour la femme qui allaite. En effet, il peut non seulement être accompagné de douleurs fréquentes, mais aussi se prolonger en l'absence d'un suivi approprié et d'un traitement adéquat lorsqu'il est indiqué. Les facteurs de risque de candidose mammaire comprennent les situations qui engendrent une baisse des défenses immunitaires comme la grossesse, l'usage d'antibiotique (l'élimination de la flore rend propice la prolifération d'une telle infection), de même que les antécédents d'infections vaginales à levures et le muguet buccal ou l'érythème fessier chez l'enfant (Francis-Morrill et al., 2004; Lawrence et Lawrence, 2022). Enfin, sa prolifération devient plus rapide lorsqu'il y a rupture des muqueuses ou de la peau, comme lors de gerçures et de crevasses.

Autour de l'allaitement et de la problématique des infections fongiques, plusieurs professionnels de la santé dont les infirmières auxiliaires, les infirmières, les infirmières praticiennes en soins de première ligne, les pharmaciens, les sages-femmes et les médecins peuvent être interpellés par ces situations cliniques. Les consultantes en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultants) sont également formées en allaitement et détiennent une certification en ce sens. De plus, il existe aussi des mères bénévoles, dites marraines d'allaitement, qui peuvent soutenir et accompagner les mères durant leur allaitement. Les mères qui allaitent peuvent rencontrer, sur leur trajectoire de soins après l'accouchement, un ou plusieurs de ces professionnels de la santé désignés puisque les milieux de pratique sont très variés : les hôpitaux, les CLSC, les organismes communautaires, les pharmacies, les cliniques spécialisées en allaitement et les cliniques privées. Parmi les professionnels de la santé, l'infirmière fait figure de proue puisqu'elle peut intervenir dans ces différents milieux.

Cas clinique (suite)

Lors de la visite de M^{me} Nguyen au CLSC, Jade est bien éveillée et démontre des signes qu'elle est prête à téter. L'infirmière procède à l'examen physique de Jade et prend son poids. Son gain pondéral est satisfaisant et elle suit sa courbe de croissance. L'examen physique ne dénote aucune particularité à l'exception d'une coloration blanchâtre de la langue ainsi que des lésions rouges au siège. Afin de vérifier la présence de muguet dans sa bouche, l'infirmière frotte la langue de Jade à l'aide d'un linge humide propre, pour évaluer si la coloration blanchâtre s'atténue.

M^{me} Nguyen installe alors son bébé pour la tétée et dit ressentir une douleur plus importante au début de la tétée, qui diminue mais ne s'estompe pas complètement. Jade s'accroche rapidement au sein gauche de sa mère et tète vigoureusement. L'infirmière suggère certains ajustements à M^{me} Nguyen pour optimiser la prise du sein qui n'est pas très profonde. L'examen des seins de M^{me} Nguyen révèle la présence de rougeurs et de gerçures aux deux mamelons, mais à la suite des ajustements de la prise du sein, M^{me} Nguyen dit ressentir une diminution de sa douleur qu'elle quantifiait à 6/10 et qui est maintenant à 2/10. L'infirmière rappelle M^{me} Nguyen 48 heures plus tard pour un suivi téléphonique, et cette dernière dit que la tétée est beaucoup moins douloureuse et que ses mamelons sont en voie de guérison.

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE DANS LE SOUTIEN À L'ALLAITEMENT

L'infirmière joue un rôle essentiel pour accompagner et soutenir les mères qui allaitent, ce qui est en pleine adéquation avec le champ d'exercice ainsi que les activités réservées, et particulièrement les deux suivantes :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.

Plus précisément, en lien avec l'activité de contribution au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal, le travail de l'infirmière en communauté devient primordial pour évaluer l'état de santé de la mère et du bébé, déceler les signes de complications et soutenir l'allaitement (OIIQ, 2016). Par exemple, lorsqu'une problématique touchant l'allaitement survient, l'observation de la tétée, un examen physique approfondi du bébé et de la mère ainsi que l'évaluation de la douleur chez le bébé et la mère sont des aspects essentiels à considérer. Il importe de mentionner que l'infirmière collecte les signes et les symptômes rapportés par la mère qui allaite et effectue le PQRSTU (Provoque – Qualité/Quantité – Région – Signes/Symptômes – Temps – Understanding [compréhension de la patiente]). Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2019), « le symptôme le plus courant de candidose est une sensation de brûlure ou de douleur profonde ou fulgurante dans le sein touché » qui est disproportionnée par rapport aux observations physiques. La douleur peut irradier le long du dermatome T4 en faisant le tour du tronc jusqu'à la base de l'omoplate. Lors de la présence d'une douleur en contexte d'allaitement, il est essentiel d'agir rapidement, puisque la douleur ressentie durant l'allaitement peut inhiber la libération de l'ocytocine, principale hormone responsable de l'éjection du lait (Campbell et al., 2019).

Cependant, il est important de bien déterminer la provenance de la douleur puisqu'elle peut être reliée à la technique d'allaitement, être causée par des spasmes vasculaires ou la maladie de Raynaud,

ou être des traumatismes localisés des mamelons (Campbell et al., 2019; Carty, Conine et Wood-Johnson, 1986; Lawrence et Lawrence, 2022). De même, plusieurs autres facteurs peuvent causer de la douleur aux mamelons et aux seins, notamment l'eczéma, une dermatite, un vasospasme ou une ampoule de lait (OIIQ, 2015a). Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* explique à la mère comment reconnaître et traiter ces problématiques. Le **Tableau 1** peut aider l'infirmière à identifier la cause d'une douleur aux mamelons. Il est à noter que plusieurs de ces problèmes peuvent coexister (Campbell et al., 2019; Lawrence et Lawrence, 2022; Mercier, Fortin et Santerre, 2010). Bien que ce tableau présente les principales causes de douleur aux mamelons et aux seins, il n'est pas exhaustif. Il existe d'autres causes à investiguer au besoin, soit des lésions du virus de l'herpès simplex ou du zona, l'allodynie, l'engorgement, la mastite, un abcès ou une masse au sein. Lors de situations complexes, la collaboration étroite de l'infirmière avec les divers professionnels de la santé est préconisée tels que : médecins, infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, pharmaciens, etc. Selon l'OIIQ (2016), le traitement des consultantes en allaitement IBCLC, des altérations de la peau et des téguments devrait s'inscrire dans une approche interdisciplinaire.

L'infirmière doit compléter son anamnèse en abordant des questions plus larges sur l'allaitement, par exemple ce qui pourrait engendrer de l'humidité aux seins (type de compresses et de soutien-gorge, etc.), les mesures d'hygiène concernant la mère et le bébé, mais aussi les traitements effectués et les résultats observés.

Lorsqu'une infection fongique est suspectée, en plus de la douleur, l'infirmière, qui exerce cette activité réservée, évalue l'altération de la peau et des téguments chez la mère et/ou le bébé lors de l'allaitement, détermine le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodigue les soins et les traitements qui s'y rattachent.

Tableau 1
PRINCIPALES CAUSES POSSIBLES DE DOULEUR AUX MAMELONS

	SYMPTOMATOLOGIE DE LA DOULEUR	INTENSITÉ ET DURÉE	OBSERVATION DES MAMELONS ET ARÉOLES
INFECTION FONGIQUE	Sensation de brûlure	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur pendant toute la tétée ou plus intense après la tétée et durant la nuit. La douleur peut durer quelques minutes ou plusieurs heures 	Érythème aux mamelons et aréoles (zone couverte par la bouche du bébé). Peau luisante, avec ou sans fendillement
MAUVAISE PRISE DU SEIN PAR LE BÉBÉ	Pincement du mamelon	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur très forte en début de tétée, s'atténue durant la tétée • Douleur légère à modérée entre les tétées 	Plaie superficielle à profonde à 1 ou 2 mamelons. Si surinfection bactérienne, présence d'écoulement purulent, d'œdème et de rougeur
ECZÉMA, PSORIASIS ET DERMATITE DE CONTACT	Démangeaisons possibles, douleur de type brûlure	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur pendant ou après la tétée 	Érythème, peau sèche et fine, desquamation, lésions de grattage possibles, vésicules avec exsudat si lésions actives
VASOSPASME	Brûlure ou pincement ressenti au mamelon ou à l'intérieur du sein au moment de la décoloration du mamelon	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur variable en durée et en intensité, de faible jusqu'à très intense (peut même irradier dans le dos) • Survient habituellement après la tétée (ou lorsque le mamelon est exposé au froid ou à l'air, par exemple lorsque le bébé lâche le sein, que la mère sort de la douche ou qu'elle a froid) 	Blanchissement (ou bleuissement) du mamelon
CANAL LACTIFÈRE OBSTRUÉ +/- AMPOULE DE LAIT	Élancement dans le sein, habituellement unilatéral, apparition graduelle	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur plus forte au début de la tétée 	Ampoule de lait peut être présente sur le mamelon, rougeur, chaleur et œdème localisé sur le sein

Source : Adapté de Mercier et al., 2010; Lawrence et Lawrence, 2016, 2022; Riordan et Wambach, 2016.

Phase d'évaluation

Lors de cette phase, l'infirmière évalue les signes et symptômes de lésions caractéristiques d'une candidose orale ou cutanée chez le bébé et chez la femme qui allaite (seins ou mamelons) et les consigne au dossier (**Encadrés 1 et 2**).

Lorsqu'on parle de douleur et de signes associés au muguet, il existe des différences entre le muguet au mamelon et le muguet dans le sein (INSPQ, 2022a). La présence de candidose dans le sein ne fait pas l'unanimité chez les experts en allaitement et la disparition des symptômes à la suite du traitement est souvent la confirmation du diagnostic (Berens et al., 2016; Mercier et al., 2010). Des recherches récentes suggèrent qu'une douleur profonde dans le sein est plus

probablement due à une infection bactérienne (associée au *staphylococcus aureus*) ou à la présence d'un biofilm (Colton Betts et al., 2021; Douglas, 2021; INSPQ, 2019a; Jiménez et al., 2017; Lawrence et Lawrence, 2022; Mediano et al., 2017; Mercier et al., 2010; Riordan et Wambach, 2016). D'autres recherches sur un plus grand nombre de femmes sont nécessaires afin d'éclaircir ce sujet.

Dans son évaluation, l'infirmière doit également regarder la présence des facteurs de risque liés aux infections à levures, et ce, tant chez le bébé que chez la femme qui allaite (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2019; Riordan et Wambach, 2016; SCP, 2021) (**Tableau 2**).

Encadré 1 SIGNES ET SYMPTÔMES POUVANT ÊTRE PRÉSENTS CHEZ LE BÉBÉ

Plaques blanchâtres adhérent aux muqueuses buccales¹, à l'intérieur des joues, sur la langue et sur les lèvres, évoquant le muguet (**il est important de ne pas se fier que sur la langue, mais de bien regarder la bouche en entier**).

Signes de douleur pendant la tétée. La douleur chez le bébé peut se manifester par une expression faciale exprimant son inconfort et faire en sorte qu'il tète moins longtemps ou moins efficacement, ce qui peut avoir une incidence sur la production de lait de la mère et le gain de poids du bébé.

Érythème fessier persistant malgré l'application des crèmes protectrices usuelles (pâte de zinc ou d'Ihle). Cela engendre de la douleur chez le bébé puisque l'acidité des selles agit sur les rougeurs au siège. Ces rougeurs peuvent s'étendre aux cuisses, à la vulve ou au scrotum.

Lésions satellites au pourtour de l'érythème fessier évoquant une surinfection fongique.

1. Un test à la débarbouillette peut être fait si l'infirmière a un doute qu'il s'agit de muguet ou de lait séché sur la langue. Lorsqu'on frotte doucement et que les taches ne disparaissent pas, il s'agit probablement de muguet.

Encadré 2 SIGNES ET SYMPTÔMES POUVANT ÊTRE PRÉSENTS CHEZ LA FEMME QUI ALLAITE

Douleur aux seins qui dure pendant toute la tétée, qui est plus intense après la tétée et durant la nuit et qui peut durer quelques minutes ou plusieurs heures.

Douleur différente de celle qui est causée par une mauvaise prise du sein ou par une succion inefficace.

Douleur décrite comme une brûlure, une sensation de picotement ou d'élanement.

L'aspect des mamelons ou des aréoles peut être légèrement rosé ou rouge vif. De plus, la peau de l'aréole peut être rouge, lisse et luisante. On peut noter une desquamation du centre de l'aréole (Agence de la santé publique du Canada, 2019), une dépigmentation de la zone atteinte ou des traces blanches de mycose dans les plis du mamelon (habituellement, l'infection fongique est importante si des traces blanches de mycose apparaissent dans les plis du mamelon). L'érythème est délimité par une bordure active bien marquée et, généralement, ne s'élargit pas au-delà de la zone où le bébé prend le sein (Agence de la santé publique du Canada, 2019).

Mamelons gercés, nouvelle gerçure ou gerçure qui ne guérit pas.

Cas clinique (suite)

Lors du rendez-vous fixé pour les vaccins de 4 mois de Jade, vous revoyez M^{me} Nguyen. Elle est très heureuse de vous revoir puisqu'elle dit ressentir une brûlure au niveau des seins qui est plus forte après la tétée depuis quelques jours. Après lui avoir demandé la permission d'observer ses seins, vous remarquez une légère rougeur au niveau de ses mamelons et aréoles. M^{me} Nguyen est triste car elle dit que son allaitement allait tellement bien. Quels sont les signes et symptômes qui peuvent vous aider à identifier votre impression clinique?




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 : 23 janvier 2023

HYBRIDE : 1 mars 2023

HEBDOMADAIRE : 3 janvier 2023

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).

Tableau 2
FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX INFECTIONS À LEVURES CHEZ LE BÉBÉ ET LA FEMME QUI ALLAITE

CHEZ LE BÉBÉ	CHEZ LA FEMME QUI ALLAITE
<ul style="list-style-type: none"> • Épisode récent de diarrhées • Prise récente d'antibiotiques ou de corticostéroïdes systémiques • Utilisation de la sucette d'amusement (suce) ou du biberon • Système immunitaire affaibli (VIH, bébé de petit poids ou de très petit poids) 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Infection vaginale à levures • Prise récente d'antibiotiques, de contraceptifs oraux ou de corticostéroïdes systémiques • Altération de la peau des mamelons (gerçures ou crevasses) qui augmente le risque de développer une infection fongique • Système immunitaire affaibli

Enfin, avant de passer à l'étape de l'intervention et du traitement pharmacologique, l'infirmière doit s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la prescription du médicament. En ce sens, certains signes et symptômes peuvent cacher d'autres causes et doivent faire l'objet d'une investigation. Le **Tableau 3** présente différents cas qui nécessitent une référence à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) (OIIQ, 2015a).

Selon sa gravité, la candidose mammaire peut guérir sans traitement. Cependant, si le muguet n'a pas disparu au bout de quelques jours (SCP, 2018), les traitements possibles sont un onguent ou une crème sur les mamelons ou dans la bouche du nourrisson ou, dans les cas résistants, des médicaments antifongiques par voie orale chez la mère (Agence de la santé publique du Canada, 2019). Lorsqu'un bébé est traité pour du muguet, il est possible que la mère qui allaite ait également besoin d'un traitement afin d'éviter qu'ils se transmettent constamment l'infection l'un à l'autre.

Phase de traitement pharmacologique

Depuis janvier 2016, l'infirmière détenant une attestation de prescription, notamment dans le domaine des problèmes de santé courants, peut prescrire des produits relatifs au problème d'infection fongique associé à l'allaitement maternel (OIIQ, 2016). Ainsi, à la suite de son évaluation, l'infirmière peut prescrire un médicament topique pour le traitement de l'infection fongique (*Candida albicans*) de la peau ou des muqueuses chez le bébé et chez la mère qui allaite (*Loi médicale*). En vertu de son code de déontologie, l'infirmière qui prescrit doit agir avec compétence et à cette fin doit se référer aux protocoles nationaux, aux lignes directrices, aux normes de pratique et aux données scientifiques les plus à jour. Le traitement, basé sur des pratiques exemplaires, est déterminé par l'infirmière, en vue de traiter l'infection, de soulager les symptômes, d'agir sur les causes, et de prévenir toute détérioration ou récurrence (OIIQ, 2016). En lien avec les infections fongiques en contexte d'allaitement, l'infirmière doit se référer à la ligne directrice de la Société canadienne de pédiatrie, soit le recours aux antifongiques pour traiter des mycoses pédiatriques courantes dans un contexte ambulatoire (SCP, 2021). Le **Tableau 4** propose les différents traitements pharmacologiques possibles selon les problèmes décelés lors de l'évaluation de l'infirmière et en accord avec le point de pratique de la SCP (2021).

Tableau 3
SITUATIONS CLINIQUES NÉCESSITANT UNE RÉFÉRENCE À UN MÉDECIN OU À UNE IPSPL POUR UNE CONSULTATION

POUR LE BÉBÉ PRÉSENTANT DES SIGNES ET SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES DU MUGUET	<ul style="list-style-type: none"> • Fièvre • Déshydratation • Perte d'appétit, avec ou sans perte de poids • Allergie ou intolérance à l'une des composantes du produit requis pour le traitement • Absence totale de réponse au traitement ou aggravation après un traitement de 3 jours
POUR LE BÉBÉ PRÉSENTANT DES SIGNES ET SYMPTÔMES CARACTÉRISTIQUES D'UNE SURINFECTION FONGIQUE DE L'ÉRYTHÈME FESSIER	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcération profonde • Symptômes systémiques (vomissements, léthargie) • Progression rapide des lésions et des rougeurs (de quelques minutes à quelques heures) • Lésions suintantes ou purulentes • Dermateite récurrente ou chronique • Allergie ou intolérance à l'une des composantes du produit requis pour le traitement • Absence totale de réponse au traitement ou aggravation après un traitement de 3 jours
POUR LA FEMME QUI ALLAITE	<ul style="list-style-type: none"> • Signes ou symptômes évoquant une mastite (les symptômes initiaux sont la fatigue, une douleur localisée dans le sein, des céphalées et des douleurs musculaires pouvant s'apparenter à celles d'un début de grippe, puis suivront la fièvre, un pouls rapide ainsi que l'apparition d'une zone rouge au sein, un œdème et une induration localisés (Campbell et al., 2019; Lawrence et Lawrence, 2016, 2022; Riordan et Wambach, 2016) • Signes ou symptômes évoquant un vasospasme (Tableau 1) • Présence de lésions sévères aux mamelons accompagnées de signes d'infection bactérienne • Hyperthermie • Absence totale de réponse au traitement ou aggravation en cours de traitement

Source : OIIQ, 2015a

Tableau 4
TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DU CANDIDA ALBICANS EN CONTEXTE D'ALLAITEMENT MATERNEL

	MÉDICAMENT	MARQUE DE COMMERCE	DOSE ET DURÉE	PRÉCISIONS
Première intention				
TRAITEMENT DE LA MÈRE	Clotrimazole 1 %	Canestin ^{MD} , Clotrimaderm ^{MD}	Application d'une mince couche sur les mamelons et les aréoles de la mère après chaque tétée. Utiliser jusqu'à 5 jours après la disparition des symptômes, pour un maximum de 14 jours.	Ces crèmes antifongiques appliquées sur les mamelons de la mère sont compatibles avec l'allaitement. L'excédent de crème peut être retiré avant la mise au sein afin de s'assurer d'une prise du sein optimale et d'éviter que la bouche du bébé ne glisse sur le mamelon. En revanche, il est déconseillé de nettoyer vigoureusement le sein car cela pourrait aggraver les blessures aux mamelons le cas échéant.
	Miconazole 2 %	Micatin ^{MD} , Monistat Derm ^{MD}		
	Nystatine, crème ou onguent	Nilstat ^{MD} , Nyaderm ^{MD} , Mycostatin ^{MD}		
TRAITEMENT DE LA CANDIDOSE BUCCALE CHEZ LE BÉBÉ	Nystatine 100 000 unités/ml, suspension orale	Nystatin ^{MD}	1 à 2 ml QID jusqu'à 1 an, après on peut aller de 2 à 4 ml QID pour une durée de 7 à 14 jours.	Excellente efficacité dans les cas bénins. Ce médicament doit être administré après les boires.
	Nystatine	Flagystatin ^{MD} , Nyaderm ^{MD}	Badigeonner à l'intérieur de la bouche du bébé en insistant sur les lésions blanches (CHUSJ, 2022).	
TRAITEMENT DE L'ÉRYTHÈME FESSIER À CANDIDA CHEZ LE BÉBÉ	Clotrimazole 1 %, crème	Canestin ^{MD} , Clotrimaderm ^{MD}	Appliquer BID en une mince couche. Utiliser jusqu'à 5 jours après la disparition des symptômes, pour un maximum de 14 à 21 jours.	Appliquer en mince couche sur la zone atteinte et autour de l'anus. Laisser sécher et appliquer par la suite une protection barrière contenant du zinc.
	Miconazole 2 %, crème	Micatin ^{MD} , Monistat Derm ^{MD}	Appliquer 1 à 2 fois par jour.	

Si échec au traitement, récurrence, dyade mère-bébé sévèrement affectée par la douleur ou atteinte de > 50 % de la muqueuse buccale ou lésions érosives, référer vers le médecin ou l'IPSPL pour envisager traitement de 2^e intention :

Deuxième intention				
TRAITEMENT DE LA MÈRE	Fluconazole	Diflucan ^{MD}	200 à 400 mg p.o. x 1 dose puis 100 à 200 mg p.o. die jusqu'à 1 semaine après la résolution des symptômes (durée du traitement d'environ 2 à 3 semaines).	Le Fluconazole peut causer des interactions médicamenteuses, notamment lorsqu'il est utilisé avec des médicaments allongeant l'intervalle QT à l'électrocardiogramme, comme la Dompéridone ^{MD} (voir avec un pharmacien pour les précautions et contre-indications). Impression clinique à reconsidérer si aucune amélioration des signes et symptômes après 7 à 10 jours de traitement.
TRAITEMENT DE LA CANDIDOSE BUCCALE CHEZ LE BÉBÉ	Fluconazole	Diflucan ^{MD}	3 à 6 mg/kg/jour pour une durée de 7 à 14 jours.	Interactions médicamenteuses possibles.

Source : Adapté de Ferreira et al., 2013; Lawrence et Lawrence, 2022; Mercier et al., 2010; Riordan et Wambach, 2016; SCP, 2021.



À RETENIR

Dans le passé, il était recommandé d'utiliser du violet de gentiane (violet cristallisé) pour traiter le muguet au mamelon ou dans le sein. Toutefois, certaines études laissent présager une possible association entre l'utilisation du violet de gentiane et un risque augmenté de cancer (Santé Canada, 2019). Pour cette raison, il est recommandé de ne plus utiliser ce produit (Gouvernement du Canada, 2019; INSPQ, 2019a). Il est du rôle de l'infirmière d'informer les nouvelles mamans qui ont utilisé antérieurement ce produit qu'il est dorénavant déconseillé.



POUR EN SAVOIR PLUS

Les crevasses aux mamelons peuvent être la porte d'entrée de diverses infections bactériennes ou fongiques. Cependant, la cause de la blessure aux seins qui engendre une douleur chez la femme allaitante doit être trouvée. Sachant qu'elle est, très souvent, le résultat d'une mauvaise posture ou d'une mauvaise prise au sein qu'il faut corriger, l'évaluation faite par l'infirmière devient primordiale. L'infirmière, avec son jugement clinique, se doit d'observer les tétées et d'identifier les causes des blessures et de la douleur aux seins.

Autres traitements qui peuvent être suggérés par un professionnel de la santé

La prise d'ibuprofène ou d'acétaminophène peut être très utile pour réduire la douleur due au muguet si les symptômes sont graves (Berens et al., 2016; Riordan et Wambach, 2016) ou selon les recommandations du professionnel de la santé. Ces médicaments sont compatibles avec l'allaitement. De même, quelques ressources font mention que certaines souches de probiotiques pourraient être utiles pour traiter et prévenir le muguet. Enfin, il existe encore dans les milieux hospitaliers et communautaires la pommade de Jack Newman que l'on appelle également la triple crème ou APNO (All-Purpose Nipple Ointment). Elle contient trois ingrédients : un antibactérien (15 g de pommade de mupirocine 2 %), un anti-inflammatoire (15 g de pommade de bétaméthasone 0,1 %) et un antifongique (poudre de miconazole ajoutée afin que la concentration finale de miconazole soit de 2 %). Néanmoins, des études supplémentaires seraient nécessaires avant de recommander les probiotiques ou la pommade de Jack Newman lors du traitement d'une infection fongique à *Candida albicans*.

Interventions reliées aux mesures préventives relatives à l'hygiène

Lors du traitement des infections à *Candida*, des mesures préventives relatives à l'hygiène doivent être observées pour inhiber la croissance des levures.

L'infirmière doit inciter les parents à consulter le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans* à ce sujet (INSPQ, 2022b). De plus, elle doit évaluer si les mesures de base de prévention et de traitement de l'érythème fessier et des mycoses ont été appliquées, sinon les faire optimiser. Son rôle consiste aussi à faire les recommandations présentées à l'Encadré 3 (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2019; INSPQ, 2022b; SCP, 2018).

Encadré 3

RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'HYGIÈNE

Cesser l'utilisation de débarbouillettes humides parfumées du commerce et privilégier le nettoyage de la peau à l'eau et au savon doux.

Laver ses mains et celles du bébé souvent avec de l'eau et du savon doux.

Laver ses seins et ses mamelons tous les jours à l'eau et au savon dans le bain ou la douche. Bien assécher les mamelons par la suite.

S'assurer de porter un soutien-gorge propre tous les jours.

Utiliser une crème protectrice à base d'oxyde de zinc d'une teneur de 10 à 20 % si les rougeurs sont minimales et peu étendues ou une teneur de 20 à 40 % d'oxyde de zinc si les rougeurs sont importantes et étendues (INSPQ, 2022).

Laver toutes les serviettes et tous les vêtements qui entrent en contact avec ses seins ou le bébé à l'eau très chaude.

Changer la couche du bébé régulièrement et laisser les fesses nues pendant de longues périodes.

Changer ses compresses d'allaitement fréquemment. Si utilisation de compresses d'allaitement jetables, les changer à chaque tétée. Choisir des compresses d'allaitement ne contenant pas de pellicule plastique. Le plastique peut favoriser la multiplication du *Candida* (SCP, 2018). Dans le cas des compresses lavables, les laver après chaque utilisation à l'eau savonneuse, de même que les soutien-gorge et les couches lavables (voir plus bas pour autres consignes reliées à la lessive).

Nettoyer les tétines, la sucette d'amusement (suce), le tire-lait, les bouteilles et tout autre objet que le bébé porte à sa bouche (OIIQ, 2015a) et veiller à les remplacer régulièrement (INSPQ, 2022b).

Faire bouillir les sucres, les tétines de biberon, les jouets de dentition, la brosse à dents du bébé et les compte-gouttes pendant 20 minutes, une fois par jour.

Si utilisation d'un tire-lait, faire bouillir toutes les pièces qui entrent en contact avec le lait tous les jours pendant 20 minutes.

Si la mère exprime son lait, il devrait être donné le jour même au bébé et non conservé pour un usage ultérieur. Ainsi, la recontamination pourra être évitée. En effet, la réfrigération et la congélation ne tuent pas le *Candida albicans*.

N

O

S

L'avenir Est ici.

ON RECRUTE!
Passez à l'Est.org

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

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

On recrute
au CIUSSS de l'Outaouais

INFIRMIÈRE (ER)*

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

- Possibilité de quart de travail de 12 heures bonifié de 7 %
- Prime de soir rehaussée à 12 % (au lieu de 4 %)
- Prime de nuit à 14% (ailleurs 11 %)
- Prime de soins critiques de 12 %

Prime d'installation

Montant forfaitaire additionnel de **12 000 \$** par année (pour 2 ans) sera octroyé à la personne salariée qui fait le choix de s'établir en Outaouais**

* Pour exercer, vous devez être membre en règle de l'OIIQ
** Certaines conditions s'appliquent

Viens vivre tes passions ici!

ciss-outaouais.gouv.qc.ca

Si les mesures d'hygiène ci-dessus ne fonctionnent pas et que la mère et le bébé sont toujours aux prises avec le muguet, on peut ajouter d'autres recommandations, présentées à l'**Encadré 4** (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2019; Lawrence et Lawrence, 2022).

Encadré 4 RECOMMANDATIONS SUPPLÉMENTAIRES RELATIVES À L'HYGIÈNE

Utiliser des serviettes en papier pour s'essuyer les mains au lieu d'une serviette en tissu commune à toute la famille.

Dans la lessive, ajouter 250 ml d'eau de javel (1 tasse) au cycle de lavage et 250 ml de vinaigre (1 tasse) au cycle de rinçage pour accroître la force du détergent.

Sécher les vêtements à la sècheuse ou sur une corde à linge exposée au soleil (si possible). Le repassage peut également tuer le *Candida*.

Consulter un médecin pour savoir si les autres membres de la famille souffrent du muguet et obtenir le bon traitement le cas échéant.

EN CONCLUSION

Force est de constater que les infirmières jouent un rôle déterminant dans la prévention, le dépistage, l'évaluation, l'accompagnement et le traitement des infections fongiques chez les bébés et les mères qui allaitent. Lors d'une problématique d'infection fongique à *Candida albicans*, l'infirmière est appelée à déployer pleinement son jugement clinique et à exercer des activités réservées, notamment celles reliées au droit de prescrire. Elle contribue à améliorer l'expérience de santé des mères qui allaitent, et ce, afin d'éviter les sevrages précoces et les expériences d'allaitement négatives. Grâce au droit de prescrire, l'infirmière se voit mieux outillée pour répondre aux besoins des mères qui allaitent. Les infirmières qui œuvrent en périnatalité doivent se prévaloir du droit de prescrire afin d'optimiser leurs interventions, d'éviter la fragmentation de l'offre de service, de réduire les délais dans la prestation de soins et ainsi, de réduire le risque de conséquences négatives (OIIQ, 2015b). •

Un an après son accouchement, M^{me} Nguyen revoit l'infirmière pour la vaccination de Jade. Bien que l'allaitement ait été difficile au début, elle continue d'allaiter sa fille et reconnaît le rôle déterminant de l'infirmière dans son histoire d'allaitement.

Phases d'enseignement et de suivi

L'infirmière doit s'assurer que la mère connaît bien les éléments suivants relatifs aux traitements (OIIQ, 2015a) : l'indication, la posologie, les contre-indications, les effets secondaires possibles, les éléments de surveillance particuliers et les indications de revoir l'infirmière ou de consulter un médecin. L'infirmière doit également assurer la surveillance et le suivi requis par l'état de santé de la femme qui allaite et de son bébé soit en personne, soit au téléphone.

- Même si les symptômes s'améliorent, l'infirmière doit informer la femme qui allaite qu'elle doit poursuivre son ou ses traitements. L'échec au traitement est souvent le résultat d'une mauvaise observance tant au niveau de la fréquence que de la durée totale (Lawrence et Lawrence, 2016).
- Si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré un traitement optimal, diriger la femme qui allaite vers un médecin ou une IPSPL. En effet, il en est du rôle crucial de l'infirmière de référer sa cliente rapidement à un professionnel compétent s'il n'y a pas d'amélioration ou s'il y a une détérioration.



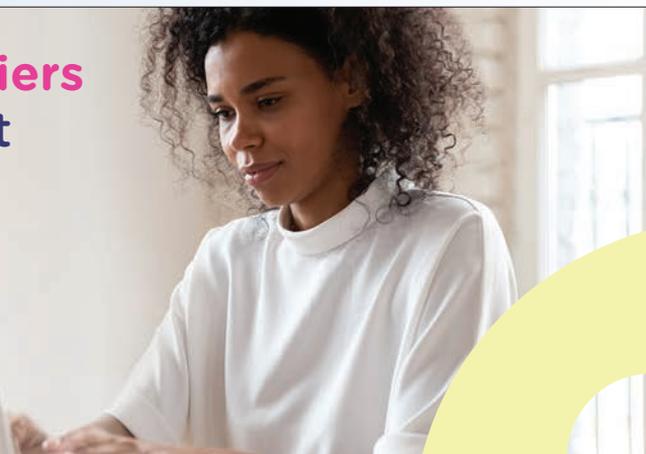
Cas clinique (Suite et fin)

© Shutterstock / GBJSTOCK



Des emplois infirmiers
disponibles partout
au Québec

oiiq.org/offres-emploi





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

Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal

Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements s'y rattachant

Cadre réglementaire

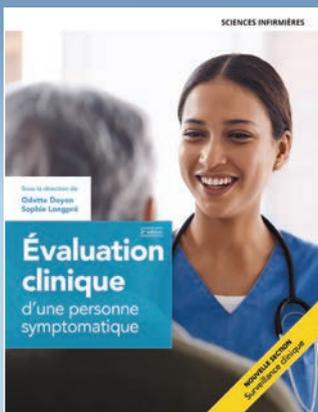
- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n° 90), art. 12.
- Le champ d'exercice et les activités réservées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

Balises déontologiques

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

Source : OIIQ, 2016

Les nouvelles éditions d'*Évaluation clinique d'une personne symptomatique* et de *Psychiatrie et santé mentale*, disponibles dès maintenant !



- Des données actuelles vous offrant les ouvrages les plus à jour sur le marché
- Une multitude de ressources complémentaires fiables et variées
- Des enjeux fidèles à la réalité de infirmières au Québec

Scannez ce code QR pour consulter un extrait dès maintenant !



Pour en savoir plus sur ces nouveautés et sur notre collection en sciences infirmières, visitez : pearsonerpi.com/sc-infirmieres

SUIVEZ-NOUS POUR NE RIEN MANQUER !

ERPI



Sciences infirmières par ERPI



sciencesinfirmieres_erpi

LES AUTEURES

MÉLANIE NADEAU

Inf., M. Sc., consultante en allaitement IBCLC.

Agente de planification, programmation et recherche, Direction de la santé publique et responsabilité populationnelle au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

MARIE-JOSÉE MARTEL

Inf., Ph. D.

Professeure titulaire en sciences infirmières. Chercheure associée au centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Chercheure régulière au CEIDF à l'Université du Québec à Trois-Rivières.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2019). «L'allaitement maternel». Dans Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales (chap. 6). Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales-chapitre-6.html#anc>
- Berens, P., Eglash, A., Malloy, M. et Steube, A.M. (2016). «ABM clinical protocol #26: Persistent pain with breastfeeding». *Breastfeeding Medicine*, 11(2), 46-53.
- Campbell, S.H., Lauwers, J., Mannel, R. et Spencer, B. (2019). «Core curriculum for interdisciplinary lactation care». Burlington: Jones and Bartlett Learning.
- Carty, E.A., Conine, T.A. et Wood-Johnson, F. (1986). «Rheumatoid arthritis & pregnancy: Helping women to meet their needs». *Midwives Chronicle*, 99(1186), 254-257.
- Chiasson, C.-O., Gagnon, N. et Morin, C. (2017). «Traitement des complications de l'allaitement». *Québec Pharmacie*, 64(5), 1-22.
- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. (2022). «Guide pratique des médicaments en néonatalogie – Nystatine». Repéré à <https://www.chusj.org/fr/soins-services/P/Pharmacie/Outils/Guide-Pratique/Medicaments/N/Nystatine>
- CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. (2019). «Infection à *Candida* ou muguet du mamelon et du sein». Repéré à https://cdn.ciusscentreouest.ca/documents/hgj/jpfr/Breastfeeding_clinic/Candida-doc_pour_patients_2019.pdf?1561062104
- Colton Betts, R., Johnson, H.M., Eglash, A. et Mitchell, K.B. (2021). «It's not yeast: Retrospective cohort study of lactating women with persistent nipple and breast pain». Repéré à <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0160>
- Douglas, P. (2021). «Overdiagnosis and overtreatment of nipple and breast candidiasis: A review of the relationship between diagnoses of mammary candidiasis and *Candida albicans* in breastfeeding women». *Women's Health*, 17, 1-10. Repéré à <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/17455065211031480>
- Ferreira, E., Martin, B. et Morin, C. (2013). «Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique» (2^e éd.). Montréal: Éditions du CHU Ste-Justine.
- Francis-Morrill, J., Heinig, M.J., Pappagianis, D. et Dewey, K.G. (2004). «Diagnostic value of signs and symptoms of mammary candidosis among lactating women». *Journal of Human Lactation*, 20(3), 288-295.
- Gouvernement du Canada. (2019). «Santé Canada met les Canadiens en garde contre le risque de cancer associé au violet cristallisé». Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2019/70179a-fra.php>
- Gouvernement du Québec. (2010). «Initiative amis des bébés (IAB)». Repéré à <http://extranet.santemontregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/petite-enfance/iab.fr.html>

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Charles-Olivier Chiasson, Pharm. D. M. Sc., pharmacien, et Caroline Morin, Pharm. D., pharmacienne, à l'Unité de soins intensifs néonataux, Centre IMAGe, CHU Sainte-Justine pour la révision scientifique de cet article.

Gouvernement du Québec. (2021). «Initiative des amis des bébés. Agrément de l'Initiative des amis des bébés au Québec». Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/perinatalite/amis-des-bebes/agrement-de-linitiative-des-amis-des-bebes/>

Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ) (2022). Boutons, rougeurs et autres problèmes de peau. Repéré de <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/sante/problemes-sante-courants/boutons-rougeurs-autres-problemes-peau#:~:text=sont%20mal%20rinc%C3%A9s,-Que%20faire%3F,d%C3%A9tergent%20puissant%20pour%20les%20nettoyer>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022a). «Difficultés d'allaitement et solutions». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-sein/difficultes-d-allaitement-et-solutions#muguet-sein>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022b). «Nettoyer les biberons, les tétines et les tire-laits». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/alimentation/nourrir-bebe-au-biberon-nettoyer-les-biberons-les-tetines-et-les-tire-lait>

Jiménez, E., Arroyo, R., Cárdenas, N., Marín, M., Serrano, P., ... Rodríguez, J.M. (2017) «Mammary candidiasis: A medical condition without scientific evidence?» *PLoS One*, 12(7), e0181071. Repéré à <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181071>

Lawrence, R.A. et Lawrence, R.M. (2016). «Breastfeeding: A guide for the medical profession» (8^eéd.). Philadelphie : Elsevier.

Lawrence, R.A. et Lawrence, R.M. (2022). «Breastfeeding: A guide for the medical profession» (9^eéd.). Philadelphie : Elsevier.

«Loi médicale», RLRQ, c. M -9.

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

McNally, E., Hendricks, S. et Horowitz, I. (1985). «A look at breast-feeding trends in Canada (1963-1982)». *Canadian Journal of Public Health*, 76(2), 101-107.

Mediano, P., Fernández, L., Jiménez, E., Arroyo, R., Espinosa-Martos, I., ... Marin, M. (2017). «Microbial diversity in milk of women with mastitis: Potential role of coagulase-negative staphylococci, viridans group streptococci, and corynebacteria». *Journal of Human Lactation*, 33(2), 309-318. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0890334417692968>

Mercier, J.-C., Fortin, C. et Santerre, M.-J. (2010). «Guide pratique en allaitement pour les médecins». Québec: Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale – Direction régionale de santé publique, 68 p. Repéré à https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/guide_pratique_allaitement_medecin.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015a). «Standards de pratique de l'infirmière. Soins de proximité en périnatalité». Montréal : OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015 b). «Guide explicatif conjoint – Prescription

« 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

infirmière». Montréal : OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1451_doc.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3^e éd.). Montréal : OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%2B2%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcd8075e3>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1981). «Code international de commercialisation des substituts du lait maternel». Genève. Repéré à http://www.who.int/nutrition/publications/code_francois.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) / Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2019). «Orientations de mise en œuvre : protection, encouragement et soutien de l'allaitement dans les établissements assurant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés – Révision de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés». Genève. Repéré à <http://breastfeedingcanada.ca/documents/GuidanceBFHI-OMS-UNICEF-2018-Francais.pdf>

Pérez-Escamilla R., Martinez J.L. et Segura-Pérez S. (2016). Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 12(3):402-17. Repéré à <https://doi.org/10.1111/mcn.12294>. Epub 2016 Feb 29. PMID: 26924775; PMCID: PMC6860129

Riordan, J. et Wambach, K. (2016). «Breastfeeding and human lactation» (5^e éd.). Burlington: Jones and Bartlett Learning.

Santé Canada. (2019). «Résumé de l'examen de l'innocuité - Violet de gentiane topique sous forme liquide (violet de gentiane) et pansements antibactériens Hydrofera en mousse». Repéré à <https://hpr-rps.hres.ca/reg-content/resume-examen-innocuite>

Société canadienne de pédiatrie (SCP) – Soins de nos enfants. (2018). «Le muguet». Repéré à <https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/pregnancy-and-babies/thrush>

Société canadienne de pédiatrie (SCP). (2021). «Les antifongiques pour traiter des mycoses pédiatriques courantes dans un contexte ambulatoire». Repéré à <https://cps.ca/fr/documents/position/les-antifongiques-pour-traiter-des-mycoses-pediatriques-courantes-dans-un-contexte-ambulatoire>

Statistique Canada. (2022a). «Tableau 13-10-0096-24: Allaitement, a commencé à allaiter, selon le groupe d'âge». Repéré <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009624&pickMembers%5B0%5D=1.6&cubeTimeFrame.startYear=2020&cubeTimeFrame.endYear=2021&referencePeriods=20200101%2C20210101>

Statistique Canada. (2020b). «Tableau 13-10-0096-22: Allaitement exclusif, au moins 6 mois, selon le groupe d'âge». Repéré à <https://doi.org/10.25318/1310009601-fra>

Statistique Canada (2022). La vaste majorité des femmes canadiennes commencent à allaiter peu après l'accouchement et plus de la moitié d'entre elles arrêtent avant six mois. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/a1/fr/plus/1422-la-vaste-majorite-des-femmes-canadiennes-commencent-allaiter-peu-apres-laccouchement-et>

World Health Organization (WHO). (2017). «The international code of marketing of breast-milk substitutes-2017 Update: Frequently asked questions». Geneva: World Health Organization. Repéré à <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254911/1/WHO-NMHND-17.1-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization / United Nations Children's Fund / Wellstart International. (1999). «The baby-friendly hospital initiative-Monitoring and reassessment: Tools to sustain progress». Geneva: World Health Organization. Repéré à <http://apps.who.int/iris/handle/10665/6538>



formation continue



Lisez l'article

L'infection fongique à *Candida albicans* en contexte d'allaitement

2-ACFA par article

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

Visitez [oiiq.org/formation](https://www.oiiq.org/formation)

RÉFÉRENCES DE L'ARTICLE MYTHES ET RÉALITÉS DE LA PAGE 49

American Psychiatric Association (APA). (2022). «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-5-TR)». Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. et Arroll, B. (2019). «Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments». *Current Psychiatry Reports*, 21(12), 1-10.

Gerber, A., Nguyen, K. et Fischberg, S. (2016). «Dépression masculine». *Revue Médicale Suisse*, 12, 1614-1619.

Haroz, E.E., Ritchey, M., Bass, J.K., Kohrt, B.A., Augustinavicius, J., ... Bolton, P. (2017). «How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature». *Social Science & Medicine*, 183, 151-162.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). «Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9». Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf

Le Bozec, M. et Bouché, C. (2020). «La dépression de la personne âgée encore sous-diagnostiquée et sous-traitée». *Actualités pharmaceutiques*, 600, 23-27.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). «Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoire de services». Québec: MSSS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). «La dépression : parlons-en» déclare l'OMS, alors que cette affection arrive en tête des causes de morbidité. Repéré à <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

Parikh, S.V., Quilty, L.C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., ... CANMAT Depression Work Group. (2016). «Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments». *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(9), 524-539.

Pelletier, L., O'Donnell, S., Dykxhoorn, J., McRae, L. et Patten, B. (2017). «Under-diagnosis of mood disorders in Canada». *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 414-423.

Remes, O., Mendes, J.F. et Templeton, P. (2021). «Biological, psychological, and social determinants of depression: A review of recent literature». *Brain Sciences*, 11(12), 1633.

Richards, D.A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R.S., Byford, S., ... Finning, K. (2016). «Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behavioural therapy for depression (COBRA): A randomised, controlled, non-inferiority trial». *The Lancet*, 388(10047), 871-880.

Roy, P. et Tremblay, G. (2012). «Male depression: A more targeted approach». *Quintessence*, 4, 1-2.

Soucy Chartier, I., Blanchet, V. et Provencher, M. (2013). «Activation comportementale et dépression: une approche de traitement contextuelle». *Santé mentale au Québec*, 38(2), 175-194.

Merci!

La Fondation de l'OIIQ remercie les donateurs du **Cercle des leaders de la santé** ainsi que les **partenaires de la Soirée Florence** pour leur générosité.

Grâce à eux, la Fondation contribue à soutenir la poursuite des études en sciences infirmières ainsi que le développement professionnel d'infirmières et d'infirmiers partout au Québec.

Pour en savoir plus: fondationoiiq.org.



Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Cercle des leaders de la santé 2021*

Denise Beaulieu	Marjolaine Héon	Guylaine Morin
Gertrude Bourdon	Lucille Juneau	Nicholas Musafli
Sébastien Buisson	Gracia Kasoki Katahwa	Patricia O'Connor
Sylvie Cossette	Manon Lacroix	Jeannine Pelland
Léonie Côté-Martin	Marguerite Lindsay	Carolyn Pepler
Manon Couture	Hugo Loiseau	Rosalia Sanzone
Odette Doyon	Gervais Mailhot	Ghislaine Télémaque
Carolyne Dufresne	Sylvie Marier	Vincent Thibeault-Côté
Suzanne Durand	Luc Mathieu	Lyne Tremblay
Danielle Fleury	Christine Moore	Normandin Beaudry
Raymond Chabot Grant Thornton	CHU Sainte-Justine	Centre universitaire de santé McGill

Partenaires de la Soirée Florence 2022

TD Assurance	Beneva
Banque Nationale	White Cross
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

* Pour faire partie du Cercle des leaders de la santé, vous devez avoir fait un don unique ou cumulatif de 250 \$ ou plus avant le 31 décembre de l'année en cours.

Faire partie de l'équipe du CISSS de la Montérégie-Est,

c'est

Profiter d'une approche d'intégration clinique novatrice et lauréate d'un prix d'excellence!

Travailler près de votre maison en Montérégie, soit les régions de Longueuil, de Saint-Hyacinthe et de Sorel-Tracy!

Bénéficier du programme de Soutien aux études collégiales et universitaires (SECU) : jusqu'à 1000 \$ par année!



Katherine Beaudin B. Sc. inf.
Conseillère clinique en soins infirmiers - Programme chirurgie
Hôpital Pierre-Boucher

recrutementcissme.com

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

Assurer la continuité des soins : une question de sécurité!

Assurer la continuité des soins et traitements exige de l'infirmière qu'elle transmette, en temps opportun et à la bonne personne, toutes les informations nécessaires au suivi clinique de ses clients. Cette transmission ininterrompue des informations essentielles sur l'état de santé des clients vise notamment à assurer leur sécurité. Mais dans quelles situations les infirmières sont-elles tenues d'assurer la continuité des soins? Quelle est la nature de leurs obligations lorsqu'elles quittent un emploi ou changent de poste? Qu'en est-il au moment de partir en congé ou au moment de la retraite? Ce sont autant de questions qui sont régulièrement adressées au service téléphonique d'aide-conseil du Bureau du Syndic. Cette chronique permettra de mieux faire comprendre la nature des obligations qui incombent aux infirmières en matière de continuité des soins et traitements.

par **MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., syndique**, **ERIC ROY, inf., B. Sc., LL. M., directeur adjoint – déontologie et exercice illégal et syndic adjoint**, **MARTINE GAGNÉ, inf., M. Sc., syndique adjointe**, et **MARTIN SIMARD, inf., B. Sc., LL. M., syndic adjoint**

Il importe tout d'abord de préciser que l'obligation pour les infirmières de prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements est prévue à l'article 44 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Les moyens utilisés par l'infirmière seront considérés comme raisonnables lorsque ceux-ci auraient été utilisés par une infirmière moyennement diligente et compétente placée dans des circonstances similaires. Notons également que les moyens choisis par l'infirmière seront influencés par le suivi requis par l'état de santé du client. Cela exige de l'infirmière qu'elle procède à l'évaluation requise par l'état de santé du client, pour ainsi être à même d'établir les constats de son évaluation clinique qui lui permettront notamment de déterminer les interventions requises pour assurer la continuité des soins et traitements.

Notons toutefois que bien que certains moyens que doivent prendre les infirmières pour assurer la continuité des soins et traitements puissent varier selon le contexte d'exercice, l'inscription des informations nécessaires au dossier du client constitue une obligation commune à toutes les infirmières, comme le prévoit l'article 14 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Il est donc attendu des infirmières qu'elles s'assurent de mettre à jour la documentation clinique faisant état de leurs constats et décisions ainsi que des soins et traitements dispensés au client. Lorsque la documentation clinique ne peut être complétée en temps réel, il est attendu des infirmières qu'elles le fassent le plus rapidement possible. Le délai à l'intérieur duquel la documentation clinique doit être complétée est déterminé selon le jugement clinique de l'infirmière qui prendra en considération, entre autres, la fréquence des suivis requis par l'état de santé du client et la probabilité selon laquelle une autre personne pourrait devoir prendre connaissance du dossier.

INFIRMIÈRE EXERÇANT EN MILIEU OÙ UNE PRÉSENCE PROFESSIONNELLE EST ASSURÉE EN CONTINU

L'infirmière qui exerce dans un milieu où une présence professionnelle est assurée en continu, comme une unité d'hospitalisation, d'hébergement ou de réadaptation, devra assurer la continuité des soins et traitements à la fois pendant son quart de travail de même qu'après des professionnels qui prendront sa relève. L'infirmière doit alors utiliser son jugement clinique pour cerner les informations requises à la continuité des soins et traitements qu'elle transmettra habituellement par

l'entremise d'un rapport verbal à une collègue lors de la pause santé ou de la pause repas, de même que lors du rapport interservices à la fin de son quart de travail. La responsabilité de l'infirmière en matière de continuité des soins et traitements prendra fin après la transmission de toutes les informations nécessaires visant à assurer la continuité des soins et traitements à la personne qui prend sa relève à la suite de son départ.

Dans l'affaire Prévost, le Conseil de discipline a reconnu l'infirmière coupable de négligence, notamment de ne pas avoir pris les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins de son client. Dans ce dossier, le client était hospitalisé sur une unité de pédiatrie à la suite d'une appendicectomie et l'infirmière lui a administré une dose d'opioïdes par voie sous-cutanée en raison des douleurs qu'il présentait.

Même si cette dernière savait que son client était naïf aux opioïdes, elle a omis de transmettre cette information à l'infirmière qui assurait la prise en charge de ce client pendant sa pause et qui a dû intervenir auprès de ce dernier sans détenir cette information importante. Elle a également omis de communiquer cette information à la collègue qui prenait sa relève auprès du client pour le quart de travail suivant. Le Conseil de discipline souligne que cette information, à elle seule, était une information à transmettre, notamment lors du rapport inter-quart afin que l'infirmière puisse prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins.

Le Conseil de discipline mentionne également qu'en omettant de remplir, à la suite de ses observations, le formulaire de surveillance de la clientèle qui reçoit un opiacé et en n'inscrivant pas les informations pertinentes au plan thérapeutique infirmier, l'infirmière a fait défaut à ses obligations professionnelles en privant le client du suivi requis par son état de santé.

INFIRMIÈRE EXERÇANT SEULE OU DANS UN MILIEU OÙ LE SUIVI DES CLIENTS N'EST PAS ASSURÉ DE FAÇON CONTINUE

Lorsque l'infirmière exerce seule ou dans un milieu où le suivi des clients n'est pas assuré de façon continue comme en soutien à domicile, en clinique externe ou en groupe de médecine familiale (GMF), elle est tout de même tenue d'assurer la continuité des soins et traitements. Elle s'assurera donc de compléter la documentation clinique en temps opportun. Par ailleurs, lorsqu'elle quitte son poste temporairement ou définitivement, l'infirmière doit recenser les suivis qui devront

être effectués et transmettre l'information au professionnel qui prendra sa relève ou à toute autre personne choisie par son employeur. En effet, l'infirmière demeure responsable du suivi clinique et des résultats d'examen ou d'analyses de laboratoire qu'elle a prescrits jusqu'à ce qu'elle ait transmis l'information.

Dans l'affaire Dumoulin, une infirmière praticienne spécialisée exerçant en GMF a été reconnue coupable par le Conseil de discipline d'avoir fait preuve de négligence dans les soins et traitements de nombreux clients en ne prenant pas les moyens raisonnables pour assurer la continuité de soins, notamment en omettant d'inscrire les informations nécessaires à leur dossier contrevenant ainsi aux dispositions de l'article 44 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. L'infirmière avait pris plusieurs mois de retard dans la complétion de ses notes au dossier de plusieurs clients. La décision fait mention de notes manquantes ou incomplètes dans 557 dossiers, de 313 résultats de laboratoire n'ayant pas été archivés et de 98 courriels non lus ou non traités qui exigeaient des suivis qui n'avaient pas été effectués.

En plus des obligations de documenter en temps opportun et de mettre en place des mécanismes permettant d'assurer la continuité des soins en cas d'absence, d'autres obligations s'ajoutent pour les infirmières et infirmiers qui exercent à leur compte, par exemple en soins podologiques, dans le domaine de la psychothérapie ou dans un cabinet de consultation, et qui souhaitent cesser leur exercice. En effet, le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* prévoit à son article 27 qu'« avant de cesser de rendre des services professionnels à un client, l'infirmière ou l'infirmier doit l'en aviser dans un délai raisonnable et prendre les moyens nécessaires pour que cette cessation de services ne lui soit pas préjudiciable ». Il appartient donc à l'infirmière qui met un terme à sa pratique autonome d'assurer la continuité des soins des clients qu'elle suit.

EN CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, la documentation des soins infirmiers permet de témoigner de l'évolution de l'état de santé du client et représente également un moyen incontournable d'assurer la continuité des soins. Il est donc primordial que celle-ci soit complète, pertinente et accessible, et ce, en temps opportun. Les infirmières sont par ailleurs tenues d'utiliser les autres moyens à leur disposition qui sont nécessaires pour assurer la continuité des soins, comme le rapport verbal ou écrit. S'assurer de la continuité des soins constitue une obligation incontournable que les infirmières se doivent de respecter. Il en va de la sécurité des clients. •

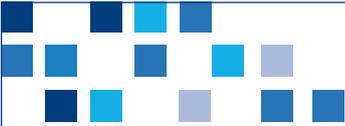


EN SAVOIR PLUS

En plus des obligations mentionnées dans cette chronique, les infirmières qui exercent à leur compte doivent respecter les exigences prévues au *Règlement sur les effets, les cabinets de consultation et autres bureaux des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, RLRQ, chapitre I-8, r.14. lorsqu'elles cessent leur exercice.

RÉFÉRENCES

- «Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, chapitre I-8, r.9.
- «Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Prévost», 2021 QCCDINF 29 (CANLII).
- «Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Dumoulin», 2019 CanLII 126675 (QC CDOII)
- «Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Duguay», 2011 CanLII 80408 (QC CDOII)



Développez une expertise essentielle en

soins palliatifs et de fin de vie

Approfondissez votre expertise en soins infirmiers holistiques et élargissez votre rôle de soignant et d'accompagnement. Offert en ligne.





Renseignez-vous davantage : laurentienne.ca/SoinsPalliatifs

Quels sont les vrais coûts de l'achat d'une propriété ?

Les frais liés à l'achat d'une maison représentent entre 2 % et 3 % de la valeur de la propriété. Prévoyez les 9 frais suivants.

1. Frais d'évaluation de la propriété

Coût: de 350 \$ à plus de 800 \$
(à payer immédiatement)

L'évaluation sert à définir la valeur marchande de la maison. Elle tient compte de la qualité de la construction de la propriété ainsi que de l'état du marché immobilier. Concrètement, elle assure que vous payiez le juste prix.

2. Frais d'inspection de la propriété

Coût: 500 \$ et plus (à payer immédiatement)

L'inspection permet de déceler des problèmes et aide ainsi à chiffrer votre plan d'entretien.

3. Frais du notaire ou d'avocat

Coût: entre 1500 \$ et 3 000 \$
(à payer immédiatement)

Ces experts s'occupent de la préparation de nombreux documents importants et en supervisent la signature. Ils veillent aussi à l'inscription et à la vérification des titres.

4. Prime d'assurance prêt hypothécaire

Coût: établi en fonction d'un pourcentage du montant du prêt hypothécaire

Vous devez obtenir cette assurance lorsque votre mise de fonds représente moins de 20 % du montant d'achat de votre propriété.

5. Taxes de vente pour les propriétés neuves

Coût: entre 5 % et 15 % du prix de la propriété

Certaines villes imposent une taxe supplémentaire de 20 % sur la valeur de la propriété aux acheteurs étrangers.

6. Taxe de bienvenue, de mutation ou droits de cession immobilière

Coût: en fonction d'un pourcentage du prix de la propriété ou de son évaluation municipale

Cette taxe doit être payée dans les semaines ou les mois qui suivent l'acquisition.

7. Rénovations

Coût: varie en fonction du type de travaux et des matériaux utilisés

Estimez votre budget et prévoyez vos sources de financement avant de vous lancer.

Des rénovations peuvent faire augmenter la valeur de votre propriété, et des subventions existent.

Truc de pro: vivez au moins quelques mois dans votre propriété avant d'entamer des rénovations. Vous aurez une meilleure idée des travaux à réaliser, et dans quel ordre de priorité.

8. Frais de déménagement et d'aménagement

Coût: le tarif horaire des déménageurs oscille entre 50 \$ et 250 \$ (à payer immédiatement)

Tout dépend de l'entreprise sélectionnée, du nombre de déménageurs requis et de la saison. La location d'un camion peut quant à elle représenter jusqu'à 300 \$ par jour.

Outre les frais de déménagement, assurez-vous de préparer un budget pour meubler votre nouvelle maison.

9. Frais annuels

Des frais récurrents sont aussi à prévoir lors de l'achat d'une maison:

- › Les taxes municipales
- › Les taxes scolaires
- › Les frais de chauffage, d'électricité ou de gaz
- › Les frais pour Internet, la télédistribution ou la téléphonie
- › L'assurance habitation
- › Les frais de copropriété (si applicable)

L'achat d'une propriété suscite beaucoup d'émotions; n'oubliez pas les frais qui l'accompagnent. N'hésitez pas à consulter votre conseiller, il saura vous aider à évaluer votre budget.

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.).



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 514-861-5955 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
- > Psychiatrie
- > Hébergement
- > Et autres secteurs!

Postule ici pour...

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



Bénéficier de **perspectives d'emploi** à la hauteur de tes ambitions.



Avoir une meilleure **qualité de vie et de pratique** grâce à un travail à proximité de ton domicile.

Joins-toi à nous!

cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 