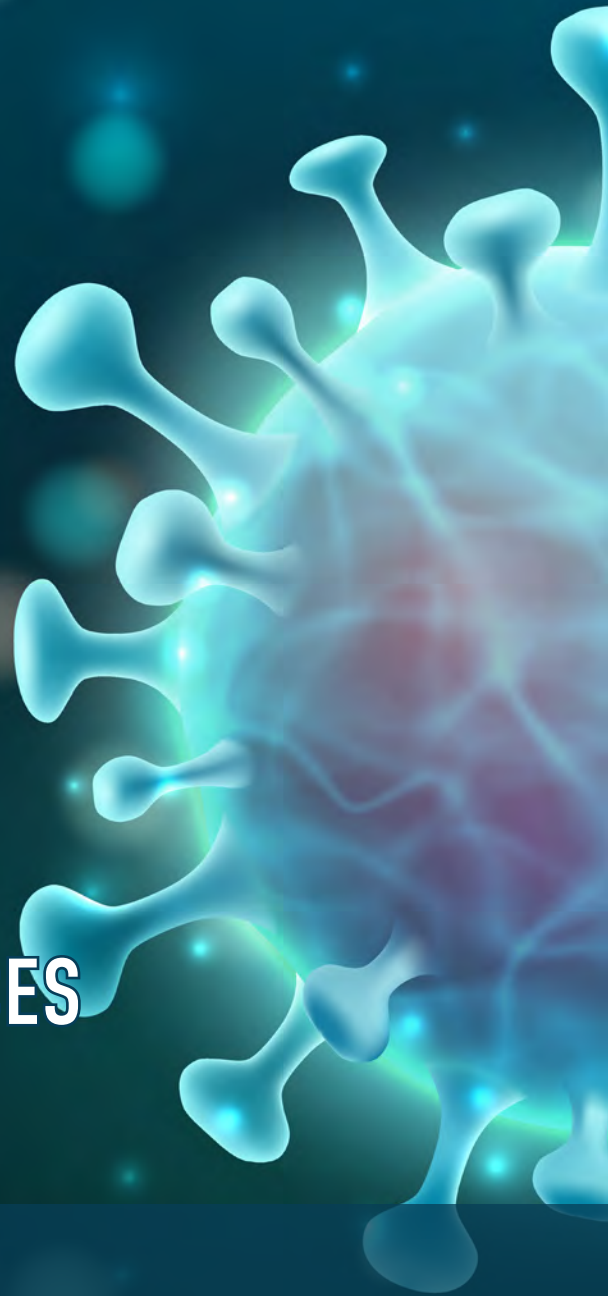
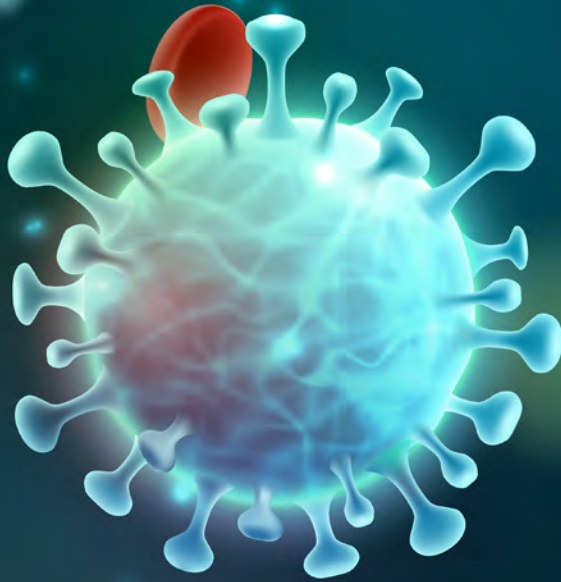


SOINS D'URGENCE

PRINTEMPS 2020
Vol. 1, N° 1

AIUQ – LA REVUE DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE DU QUÉBEC



À LA UNE LA MALADIE À CORONAVIRUS (COVID-19) : PORTRAIT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

ÉDITORIAL

L'urgence : là où le jugement clinique et le développement professionnel continu prennent tout leur sens

COVID-19

Les infirmières et infirmiers d'urgence au cœur de la pandémie de COVID-19

FORMATION

Le développement d'activités de simulation à la salle d'urgence : que disent les écrits ?

DÉPÔT LÉGAL 2020

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

Co-Rédacteurs en Chef

Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (c)

Isabel-Anne Desmarais, inf., B. Sc., M. A. P. (c)

Éditrices associées

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ét. Ph. D.

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc.

Comité de révision

Caroline Renaud, inf., B. Sc., Ét. M. Sc. IPSPL

Catherine Desmarais, inf., B. Sc., Ét. M. Sc. IPSPL

Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Eva Romano, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Geneviève Robert, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL

Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)

Stéphan Lavoie, inf., Ph. D.

Ugo Desjardins, MD, Urgentologue

Valérie Dionne, inf., M. Sc. IPSSA (cardiologie)

Chargée de projet

Virginie Streuli

Conception graphique

L'ASSOCIÉ, inc.

Publicité

Sonia Molina, Responsable des partenariats

gestion@aiiuq.qc.ca

Conseil d'administration de l'AIUQ

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc. – Présidente

Joannie St-Pierre, inf., M. Sc. – Vice-Présidente

Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (c) – Secrétaire

Pierre-Luc Tremblay, inf., M. Sc. – Trésorier

Geneviève Simard, inf., B. Sc. – Administratrice

Josée Desrochers, inf., B. Sc. – Administratrice

Marianne Leblond, inf., B. Sc. – Administratrice

Isabel-Anne Desmarais, inf., B. Sc., M. A. P. (c) – Administratrice par intérim

Comité développement de l'AIUQ

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ét. Ph. D. – Présidente

William Tessier, inf., B. Sc. – Vice-Président

Laurence Fortier, inf., M. Sc. – Secrétaire

Alexandre Arsenault, inf., B. Sc. – Conseiller

Claudia Hébert-Beaudoin, inf., B. Sc. – Conseillère

Gabriel Rivard, inf., B. Sc. – Conseiller

Carol-Anne Joncas, inf. – Conseillère

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc. – Conseillère



C.P. 89022 CSP Malec, Montréal (Québec) H9C 2Z3

T. 1 833 33-AIIUQ / info@aiiuq.qc.ca

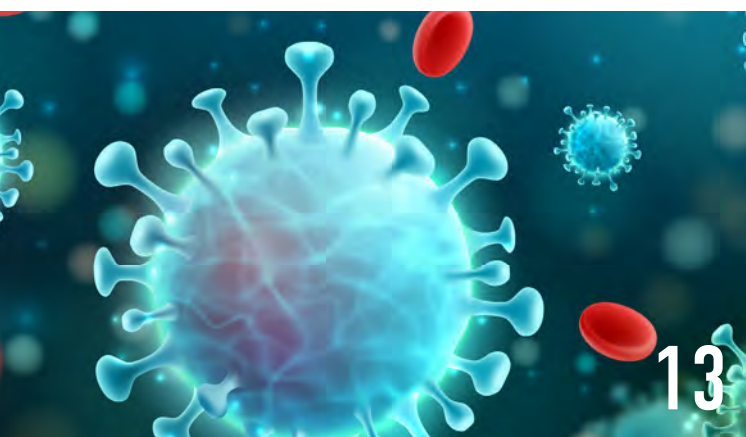
AIUQ.QC.CA

POLITIQUE ÉDITORIALE

Soins d'urgence est publiée deux fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. Aucune reproduction n'est permise sans autorisation. Le terme « infirmière » est généralement employé afin de faciliter la lecture.

SOMMAIRE

PRINTEMPS 2020 - Vol. 1, No 1



04

ÉDITORIAL

Mot de la présidente de l'AlluQ
Par Nathalie Cloutier

05

OIIQ

L'urgence : là où le jugement clinique et le développement professionnel continu prennent tout leur sens
Par Luc Mathieu

09

COVID-19

Les infirmières et infirmiers d'urgence au cœur de la pandémie de COVID-19

13

COVID-19

La maladie à coronavirus (COVID-19) : portrait des connaissances actuelles

20

PRATIQUE CLINIQUE

Un outil pour réduire la violence à l'urgence

24

FORMATION

Le développement d'activités de simulation à la salle d'urgence pour soutenir le travail d'équipe en traumatologie : que disent les écrits ?

32

PRATIQUE CLINIQUE

L'évaluation des céphalées à l'urgence, tout un casse-tête !

42

RECHERCHE

La famille au chevet du patient en salle de réanimation : comment les infirmières le vivent-elles réellement ?



UN EMPLOI EN SANTÉ POUR VOUS

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

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

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

Postulez en ligne sur une ou
plusieurs offres d'emploi actualisées
via notre site web.
www.facebook.com/ServicesProgressifs



Nathalie Cloutier
Présidente de l'Association des infirmières
et infirmiers d'urgence du Québec

ÉDITORIAL

Chères collègues, chers collègues,

En cette période de pandémie, il est primordial en tant que professionnels de la santé de se mobiliser et d'unir nos forces pour se soutenir. Étant infirmières et infirmiers d'urgences, tout comme vous, nous vivons actuellement des montagnes d'émotions qui nous rattachent à nos valeurs et à nos fondements, et ce, à tous les jours. Notre vie professionnelle et notre vie personnelle s'en trouvent bouleversées et le soutien de nos pairs, de notre famille et de nos amis est essentiel pour notre bien-être.

À travers la transformation radicale que nous vivons actuellement dans notre système de santé, l'appartenance à une association telle que l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) est un atout en permettant le partage d'expériences, de valeurs et d'objectifs communs. L'AIIUQ, qui existe depuis 1983, vise à soutenir et informer les infirmières et infirmiers œuvrant dans le secteur des urgences au Québec. Notre association favorise la collaboration interprofessionnelle et le développement de la pratique clinique, afin de tendre vers un objectif commun, soit d'offrir des soins et des services de santé de qualité axés sur les besoins des patients. Au-delà des formations offertes, l'AIIUQ joue un rôle dans le processus de construction identitaire des infirmières et infirmiers d'urgence. Le sentiment d'appartenance à une profession est issu non seulement de l'encadrement d'un champ de pratique, mais aussi d'un processus de socialisation et d'identification à des normes collectives. Cela se caractérise par l'usage de pratiques cliniques, d'un vocabulaire et de gestes communs.

Ce qui fait grandir l'AIIUQ, c'est la volonté, la motivation et le courage d'infirmières et d'infirmiers d'urgence qui, comme vous, croient en la qualité des soins infirmiers prodigués aux patients dans les urgences du Québec. Il n'est pas toujours facile de mettre de l'avant cette perspective à travers la diversité des situations de soins rencontrées. Toutefois, nous travaillons très fort pour améliorer les pratiques cliniques en matière de soins d'urgence, et ce, au-delà de ce que nous avons toujours réalisé. Grâce à nos échanges, votre rétroaction et votre engagement, nous parvenons à développer cette force et cet esprit d'équipe. Nous prenons notre place pour améliorer les pratiques et développer notre savoir, notre savoir-faire et notre savoir-être.

Au-delà des principes dictés par l'identité professionnelle, les membres de l'AIIUQ ont une vision commune des facteurs pouvant favoriser la santé des populations. En tant qu'infirmières et infirmiers d'urgence, nous exerçons un leadership quotidien auprès de patients présentant des situations de santé complexes qui requièrent ainsi des compétences et une expertise de soins avancées. Dans ce contexte, la collaboration et le partenariat avec nos pairs prennent tout leur sens.

Au cours de la dernière année, le conseil d'administration de l'AIIUQ a travaillé très fort dans le but de poursuivre sa mission, et ainsi, optimiser le processus de partage de connaissances entre les membres de l'Association. C'est ainsi que nous avons élaboré le tout premier numéro de la revue Soins d'urgence de l'AIIUQ! C'est donc avec beaucoup d'enthousiasme que je m'adresse à vous dans le cadre du lancement de cette première revue numérique qui paraîtra deux fois par année. Celle-ci est conçue spécialement pour vous. Nous l'avons développée en réponse à un besoin partagé des membres quant à l'amélioration et la diffusion des pratiques cliniques en soins d'urgence. Elle est aussi le résultat d'un travail acharné et d'une équipe passionnée par leur profession.

Dans ce numéro, vous retrouverez des témoignages d'infirmiers et infirmières d'urgence sur leur expérience face à la pandémie de la COVID-19 ainsi que la présentation des dernières données probantes sur cette nouvelle infection virale. Vous aurez aussi la chance d'approfondir vos connaissances quant à divers sujets cliniques d'actualité en passant par l'approche envers la famille en salle de réanimation, l'évaluation des céphalées et la prévention de la violence en salle d'urgence, et la prévention de la violence en salle d'urgence. Enfin, un article vous accompagnera dans l'élaboration d'une formation par simulation quant au maintien des compétences cliniques des équipes interprofessionnelles.

L'AIIUQ est très fière de vous présenter ce premier numéro de la revue Soins d'urgence. Nous espérons vous transmettre notre passion quant au développement de l'expertise des infirmières et infirmiers en soins d'urgence.

Nous sommes de tout cœur avec les infirmières et infirmiers en urgence en ces temps exceptionnels. Nous vous soutenons et espérons que vous gardiez la bonne santé.

Bonne lecture!

Nathalie Cloutier

Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec



Luc Mathieu
Président de l'Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec

L'URGENCE : LÀ OÙ LE JUGEMENT CLINIQUE ET LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU PRENNENT TOUT LEUR SENS

L'importance du rôle de l'infirmière à l'urgence est incontestable et incontournable. Mais, occupons-nous vraiment toute la place qui nous revient, comme infirmière et infirmier'?

La réalité, le contexte et l'environnement technologique de l'urgence font appel à une multitude de compétences pour les professionnels qui y œuvrent. La clientèle diversifiée, tant par l'âge, les problématiques de santé physique ou mentale, la vulnérabilité et l'imprévisibilité sont autant de facteurs qui caractérisent la complexité du travail des soignants. L'infirmière y joue un rôle déterminant notamment en constituant un rempart pour la sécurité de la clientèle. Dans la mesure où elle est la professionnelle qui évalue la condition physique et mentale de la personne symptomatique, et qui anticipe et identifie les risques liés à l'évolution de l'état de santé du patient, c'est elle qui planifie et ajuste la surveillance requise. Un bon jugement clinique est donc de rigueur. Il se développe dans le cadre d'un projet de développement professionnel continu personnalisé.

En 2019, l'OIIQ a fait de l'identité professionnelle sa thématique annuelle afin que l'infirmière puisse affirmer une identité forte et sa place en tant que professionnelle, tous deux s'appuyant notamment sur le développement et le maintien des compétences. Ainsi, l'OIIQ a convié ses membres à une réflexion commune sur la signification du terme identité professionnelle et à remettre leur rôle en perspective auprès des patients, de leurs collègues et des autres professionnels de la santé. Que signifie être infirmière à l'urgence en 2020? Comment l'infirmière peut-elle contribuer de façon optimale à la santé des personnes qui s'y présentent? Je vous propose quelques éléments de réflexion.

L'identité professionnelle, selon plusieurs auteurs, se forge d'abord dans le cursus de formation, puis se construit et se reconstruit tout au long de la carrière. Le développement d'une

identité professionnelle passe notamment par la connaissance, l'exposition à la pratique, l'expérience et la socialisation avec les pairs, ainsi qu'à travers le développement professionnel continu, dans lequel s'inscrit plus spécifiquement la formation continue. La clarification du rôle qu'occupe un professionnel contribue aussi à définir son identité professionnelle. Ainsi, pour l'infirmière en soins critiques et afin d'occuper son rôle à la pleine mesure de ses compétences, le développement d'une identité professionnelle affirmée prend tout son sens. Effectivement, pour qu'elle puisse réaliser ses activités d'évaluation de la condition de santé, de surveillance et de suivi dans ce contexte de soins, de solides connaissances scientifiques sont nécessaires, acquises dans le cadre de sa formation initiale et tout au long de sa carrière.

Par ailleurs, la connaissance et l'utilisation des divers moyens technologiques viennent soutenir l'infirmière dans son évaluation. L'ensemble des données recueillies et leur analyse permet ensuite à l'infirmière d'exercer un jugement clinique, de faire des constats et de prendre les décisions appropriées à la condition des patients qui sont sous sa responsabilité. L'environnement technologique vient soutenir l'infirmière, mais il ne doit pas se substituer à son jugement clinique. L'infirmière détermine alors le plan de traitement infirmier et, en ce sens, son rôle ne peut non plus se substituer à un autre professionnel.

Les besoins de la clientèle, mais aussi ceux des soignants sont immenses. Le contexte actuel marqué par une rareté de la main-d'œuvre et les conditions de travail difficiles décrites par plusieurs forcent les changements et la recherche de solutions novatrices et créatrices. Il faut trouver ensemble d'autres façons de faire. Nous pouvons miser sur la collaboration interprofessionnelle qui s'appuie sur la compréhension du champ d'exercice et du rôle de chacun permettant ainsi de contribuer de façon efficiente au suivi des clients. Mais ce n'est pas tout! Qu'en est-il du travail intra professionnel?

Que vous soyez infirmière d'expérience ou de la relève, vous avez un rôle à jouer dans le développement professionnel de vos pairs à l'urgence. Par exemple, est-ce que je contribue pleinement à la formation de la relève ou au développement continu des compétences de mes collègues? Est-ce que je partage mes besoins et mes idées d'amélioration avec mon supérieur immédiat? Pourrais-je participer à une communauté de pratique, à la mise en place d'un comité de triage ou à la mise à jour d'un plan d'intégration pour le nouveau personnel? Ai-je un plan de carrière et de développement professionnel² ?

Comme conseillère ou gestionnaire, est-ce que je m'assure de la pleine occupation du champ d'exercice par les infirmières de l'urgence au sein de l'équipe de soins? Est-ce que les rôles de chacun sont bien définis et clairs pour tous? Est-ce que je favorise des moments pour le partage d'expériences, telles que des rencontres d'échanges entre les pairs?

Les défis pour la profession sont multiples. L'avenir de la profession et l'avancement de la pratique infirmière nous appartiennent. À ce compte, la revue de l'AIUQ est un bon moyen pour favoriser la diffusion des meilleures pratiques et le développement par compétences auprès de l'infirmière à l'urgence en facilitant le partage de connaissances et les échanges entre les membres de la profession.

Les solutions doivent passer par nous. Je vous invite à poursuivre cette réflexion, d'autant plus que 2020 a été désignée par l'Organisation mondiale de la santé comme l'année des infirmières et des sages-femmes : osez! Poursuivez vos actions afin de mettre à profit vos compétences et votre expertise. Je vous invite, en tant que président de l'OIIQ à poser des gestes concrets, mais surtout à continuer à vous développer sur le plan professionnel. Partagez vos succès et vos bons coups via toutes les voies possibles et disponibles.



Luc Mathieu

Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

RÉFÉRENCES

- Leon, Y. & Crosseman, J. (2015).** *New Nurse transition: Success through aligning multiple identities.* *Journal of Health Organization and Management*, 29, 1098–1114.
- Ten Hoeve, Y. Jansen, G. & Roodbol, P. (2014).** *The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity.* A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 295–309.
- Rasmussen, P., Henderson, A., Andrew, N., & Confroy, T. (2018).** *Factors influencing registered nurses' perceptions of their professional identity: An integrative literature review.* *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 49, 5.
- Comité jeunesse de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2018).** *Avis : Plans de carrière et de développement professionnel : leviers pour la professionnalisation de la relève infirmière.* Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf/2891434c-09ae-77b5-7224-1a8f8f757fc8>

¹ Le terme « infirmière » sera utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

² <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306159/avis-plans-de-carriere-et-developpement-professionnel-20180925-26.pdf>

L'OUTAOUAIS, UN MONDE À DÉCOUVRIR!

Vous recherchez des défis stimulants?

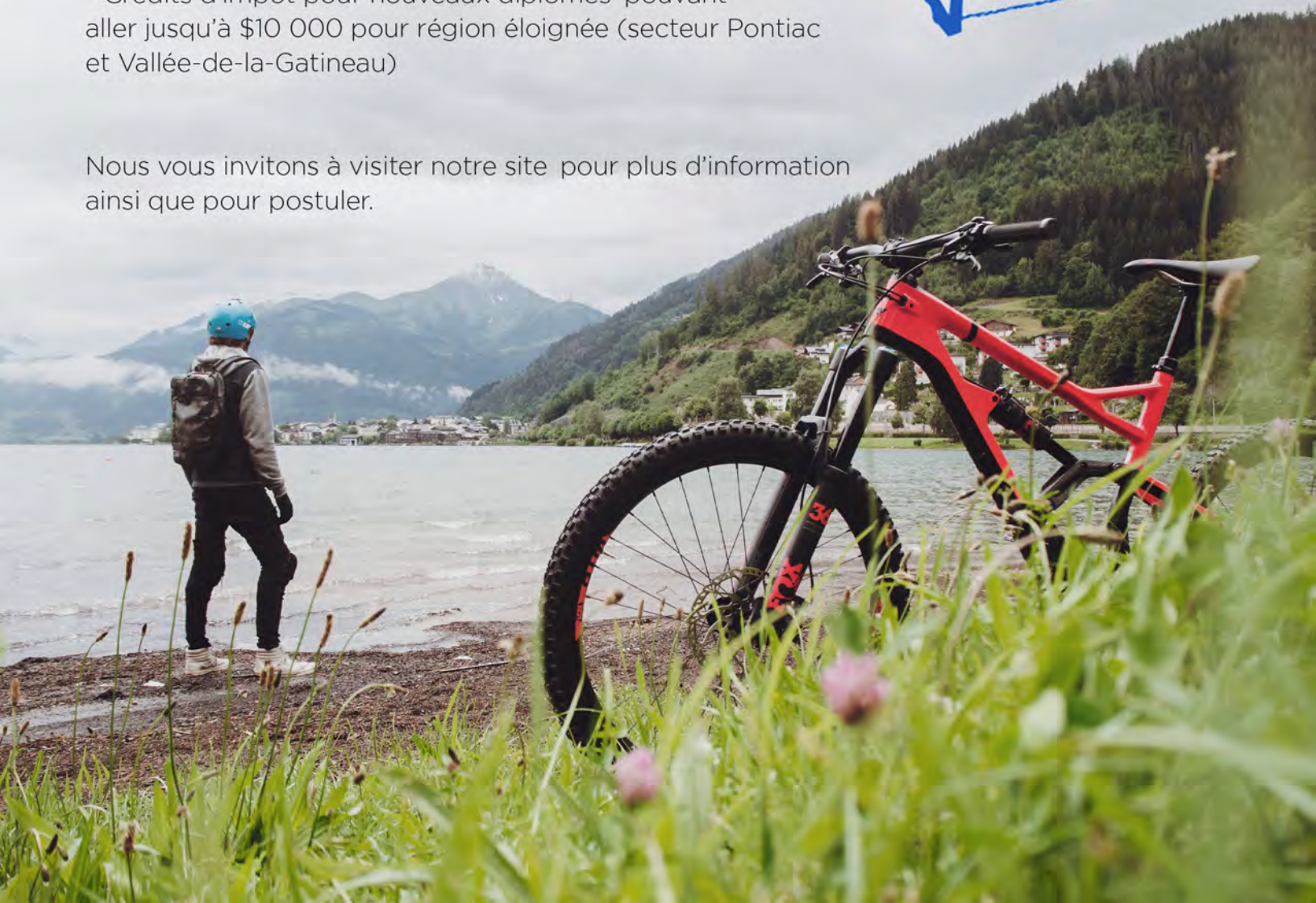
Vous aimeriez habiter une région mariant milieu urbain et d'un vaste territoire parsemé de parcs, lacs et rivières. Nous avons plusieurs postes permanents à vous offrir dans nos différentes salles d'urgence.

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

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



Nous vous invitons à visiter notre site pour plus d'information ainsi que pour postuler.





COVID-19

Les infirmières et infirmiers d'urgence au cœur de la pandémie de COVID-19

Le personnel infirmier d'urgence, de concert avec l'ensemble des acteurs du réseau de la santé au Québec, joue un rôle de premier plan face à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19). Afin de mieux connaître leurs expériences face à cette situation exceptionnelle, cet article met en lumière les témoignages de plusieurs infirmières et infirmiers œuvrant dans différentes urgences du Québec. Nous leur avons posé des questions touchant la pratique professionnelle, mais aussi des questions plus personnelles qui touchent la vie familiale. À travers ces témoignages, on constate qu'il ressort de cette situation à la fois des éléments positifs et des éléments négatifs.

Nous remercions les infirmières ayant fourni leurs témoignages dans le cadre de cet article.

par Guillaume Fontaine et Alexandra Lapierre

COMMENT VOTRE PRATIQUE CLINIQUE À L'URGENCE A-T-ELLE ÉTÉ INFLUENCÉE PAR LA PANDÉMIE ?

Ma pratique à l'urgence a été grandement modifiée par le contexte de la pandémie. Tout d'abord, j'ai été impliquée dès le début dans l'élaboration de nouveaux processus et protocoles. J'ai dû faire preuve de leadership et d'initiative afin de proposer des solutions au meilleur de mes connaissances. Par la suite, j'ai été choisie pour être super utilisatrice de ces protocoles, afin de guider mes collègues de travail. Presque chaque jour, j'étais sur le plancher pour guider mes pairs, leur enseigner les nouvelles façons de faire, répondre à leurs questions, inquiétudes ou encore trouver des solutions aux nombreuses problématiques vécues. J'ai aussi servi de coach motivationnel et offert du soutien moral auprès de l'équipe. Nous avons dû nous adapter à l'inconnu et changer toute notre organisation de travail. Des moniteurs cardiaques additionnels ont été installés et nous avons dû nous préparer à intervenir auprès d'une clientèle gravement malade dans des secteurs de l'urgence auparavant réservés à des

patients plus stables. Beaucoup d'enseignement a été fait et le matériel repensé afin de nous permettre d'être prêts à affronter l'augmentation du nombre de situations d'urgence.

— B. D., infirmière

COMMENT VOYEZ-VOUS LE TRAVAIL D'ÉQUIPE DANS LA SITUATION ACTUELLE ?

Il y a beaucoup de tensions dans l'équipe, parce que les directives changent rapidement, nous n'en sommes pas toujours informés, alors plusieurs, dont moi, s'obstinent pour les conduites à tenir. Il y a beaucoup de tensions également avec les paramédics, puisqu'ils ont des protocoles qui sont différents des nôtres. L'inconnu et l'incompréhension font en sorte que des frictions se créent.

— K. G. G., infirmière clinicienne

Le travail d'équipe est fondamental en temps de pandémie ►

et je trouve que ce défi a été bien relevé par notre urgence. Tout d'abord, l'ensemble des nouveaux processus ont été élaborés en collaboration interprofessionnelle. Tout le monde y a mis du sien et tous ont été impliqués. Infirmières, médecins, préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes, de même que l'entretien ménager, la pharmacie, le laboratoire, les commis à l'inscription et j'en passe. Personne n'a été laissé de côté afin que nous puissions harmoniser les processus pour tous les métiers impliqués. Les gens de la construction ont installé des portes pour chaque chambre en un temps record. Une urgence chaude, tiède et froide a été implantée avec des trajectoires bien distinctes pour chacune. Bref, tout a été mis en œuvre pour protéger au maximum les équipes soignantes, ainsi que les patients.

— B. D., infirmière

Le climat de travail est précaire puisque nous sommes au début de la mise en place des pratiques sécuritaires. Chacun a donc sa façon de s'adapter à la situation. Certains sont plus anxieux et stressés, ce qui engendre une ambiance plus lourde. Les conflits sont davantage reliés à la gestion de la situation. Le côté positif, c'est que tout le monde s'offre pour venir en aide au manque de personnel. Le soutien entre collègues s'en trouve amélioré.

— A. L., infirmière

QUE RETIREZ-VOUS DE CETTE EXPÉRIENCE AU PLAN PROFESSIONNEL JUSQU'À PRÉSENT ?

Cette implication dans le projet majeur qu'a été l'adaptation face à la pandémie m'a permis de réaliser que j'avais une grande capacité d'adaptation au changement. Prêt ou pas, il fallait remonter nos manches et plonger. Le rôle de coach pour mon équipe m'a permis de renforcer mon leadership afin de faire valoir mon point de vue dans les réunions interdisciplinaires. Je sors grandie de cette expérience et je suis fière du travail accompli par mon équipe. La collaboration entre tous est meilleure que jamais et cela nous rend plus forts. Personne ne sait ce qui nous attend, mais je crois que nous sommes prêts. Ensuite, il restera à se préparer pour la phase post-pandémie qui contiendra aussi son lot de défis.

— B. D., infirmière

Pour le moment, c'est trop tôt pour le dire. Nous ne sommes qu'au début de la pandémie. Ce que je remarque sur le système de santé, c'est que nous sommes capables de nous adapter rapidement. En quelques jours, nous avons délogé des locaux afin d'y aménager une clinique de dépistage de COVID-19. Après, il y avait un problème avec l'urgence actuelle, où nous ne voulions pas que les usagers sans symptômes de COVID-19 côtoient ceux avec des symptômes, alors en un peu plus d'une semaine, une deuxième urgence "froide" s'est créée afin de protéger la clientèle. Rien n'est parfait, mais dans les conditions

actuelles, cela suffit amplement comme nous sommes un hôpital de phase 4.

— K. G., infirmière clinicienne

COMMENT VIVEZ-VOUS LA CONCILIATION TRAVAIL/FAMILLE PENDANT CETTE PÉRIODE ?

Je trouve la situation difficile par rapport à ma fille en bas âge. J'ai la chance de pouvoir travailler dans cette période de pandémie, mais de devoir remettre mon enfant dans un milieu autre que son service de garde habituel ou son école est inimaginable pour mon cœur de maman. Je n'ai pas la chance d'avoir de la famille près, je dois donc prendre des congés non rémunérés pour assurer sa garde avec son père.

— J. T., infirmière

Je me considère encore chanceuse de pouvoir avoir mon conjoint à la maison à temps plein avec ma fille de 3 ans puisqu'il est travailleur saisonnier. Les mesures prises par le gouvernement envers les travailleurs des secteurs non essentiels comme le sien me permettent donc d'avoir une certaine « tranquillité d'esprit » quant à la logistique familiale que la COVID-19 amène. Cependant, lorsque le travail viendra à recommencer pour lui, les choses seront plus compliquées; il travaille des 14 heures par jour et je travaille à temps plein de nuit. Nous devons utiliser les services de garde d'urgence, chose qui ne m'enchant pas vraiment sachant que ma fille pourrait l'attraper et nous le transmettre. La situation fait également en sorte que je travaille plus. Je vois donc moins ma fille, mais je me console avec le fait qu'elle est au moins avec l'un de ses deux parents. C'est une enfant super intelligente qui comprend bien la situation et surtout, le travail que je fais.

— K. L., infirmière clinicienne

Pour ma part, ce fut une expérience assez traumatisante. Je suis une maman monoparentale travaillant de nuit. Ma gardienne de nuit est une personne âgée qui doit demeurer en confinement. Elle aurait peut-être pu venir garder quand même, en passant plus de temps chez nous au lieu de retourner chez elle tous les jours, mais ce n'est pas que ça, puisque je dois dormir le jour alors mon fils doit se faire garder la nuit et le jour. Cela engendre d'importants frais monétaires. Donc, j'ai dû prendre la lourde décision de me séparer de mon fils en allant le porter dans ma famille en Abitibi. J'ai dû le confier à ma sœur sans savoir quand je pourrais revenir le chercher ou même le revoir. De plus, j'ai dû prendre le temps d'expliquer et de rassurer mon fils sur ce qui passait, car, oui, il a peur et, oui, il ne comprend pas cette décision. Difficile d'expliquer ce déchirement intérieur tous les jours.

— M. C. L., infirmière

À LA MAISON, AVEZ-VOUS REMARQUÉ DES IMPACTS PARTICULIÈREMENT POSITIFS DE CETTE SITUATION ? DES CHOSSES INATTENDUES ?

Oui ! Je vois une complicité encore plus grande se développer entre père et fille. Ils font beaucoup plus de jeux et d'activités ensemble. Il y a donc beaucoup plus de bricolages sur les murs (rires) ! Retrouver sa maison propre tous les jours en rentrant du travail enlève beaucoup à la charge mentale habituelle et permet d'avoir plus de temps pour la famille. Je suis certaine qu'il y a plusieurs femmes dans ma situation et qui espèrent que ces nouvelles bonnes habitudes continueront même après la COVID-19. Nous prenons plus le temps de vivre; pas de course pour aller chercher les enfants à la garderie ni pour faire le souper ou les commissions. Tout cela favorise encore plus de moments de qualité en famille; on revient à la base, à l'essentiel de toutes relations humaines. C'est une situation avec plusieurs points négatifs, mais qui apporte beaucoup de positif et il faut tâcher de le retenir.

— K. L., infirmière clinicienne

Je trouve que l'on passe davantage de temps ensemble. De plus, la manière dont ma fille s'adapte à la situation et accepte de s'y conformer me pousse à devenir plus forte. Ce qui est imprévisible, c'est la durée de cette pandémie.

— J. T., infirmière

CONCLUSION

En somme, ces témoignages mettent en évidence que les infirmières et infirmiers d'urgence peuvent vivre la situation très différemment en fonction du milieu dans lequel ils travaillent et des procédures mises en place pour faire face à la pandémie. Par ailleurs, en fonction de la situation familiale de chacune de ces personnes, les répercussions individuelles de cette pandémie peuvent aller du positif au négatif. Toutefois, globalement, la situation actuelle met en lumière la résilience et la grande capacité d'adaptation des infirmières et infirmiers d'urgence. Cela est particulièrement remarquable dans un contexte où on constate un manque d'équipements de protection individuelle et de ressources. Ces témoignages démontrent à quel point le personnel infirmier d'urgence est l'un des piliers du système de santé québécois. ■

« La collaboration entre tous est meilleure que jamais et cela nous rend plus forts. Personne ne sait ce qui nous attend, mais je crois que nous sommes prêts. »



Les auteurs

Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Institut de Cardiologie de Montréal



Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., ét. Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Travailler au Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

La Baie d'Ungava au Nunavik attire chaque année du personnel infirmier à la recherche d'un défi professionnel et personnel. En plus de répondre aux besoins élevés des communautés inuites, c'est l'occasion de rompre la routine, d'aller développer ses compétences et de découvrir une autre culture. Entretien avec Dominic Pelland, directeur des soins infirmiers, et Karine Fiset, du département des ressources humaines.

Qu'est-ce que le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava ?

Le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU) dessert les 7 communautés inuites de la Baie d'Ungava au Nunavik. Notre centre hospitalier est basé à Kuujuaq, à 2h30 de Montréal en avion. Les dispensaires sont situés dans six communautés plus petites et plus isolées : Kangiqsuaq, Quaqaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kangiqsualujuaq.

Quels types de postes sont offerts ?

Au CSTU, nous avons besoin d'infirmier(ère)s dans plusieurs domaines : l'unité de soins, le travail en rôle élargi en dispensaire, au maintien à domicile, en santé communautaire, en santé publique, etc. Le rôle élargi est la pratique infirmière la plus avancée : elle consiste en l'évaluation complète des patients, le traitement selon des ordonnances collectives et protocoles ainsi que des suivis et des soins d'urgence.



"N'hésitez pas ! C'est la plus belle expérience que vous allez vivre de votre vie"

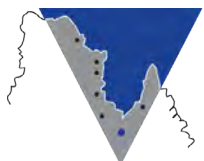
- Dominic Pelland, DSI

Quels sont les avantages de travailler au CSTU ?

Au Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava, nous offrons une qualité de vie incomparable : des paysages magnifiques, des équipes de travail bien soudées, des moments de tranquillité dans la toundra ne sont que quelques exemples. La première assignation (« stretch ») est d'une durée approximative de 3 mois, les suivantes seront de 8 à 10 semaines. Entre deux stretches, on peut avoir jusqu'à 4 semaines de congé, pour un maximum de 4 sorties payées par année. Au CSTU, nous prenons soin de vous pour de vrai ! Le transport et le logement sont fournis, tous les frais de déménagements et d'entreposage (au besoin) sont pris en compte. De nombreuses primes nordiques viennent s'ajouter au salaire qui est déterminé par votre échelon selon la FIQ.

Quelles sont les démarches à suivre pour travailler au CSTU ?

Nous cherchons idéalement des infirmier(ère)s ayant au moins 2 ans d'expérience en département actif. Puisque vous allez travailler dans un milieu non-francophone, une bonne maîtrise de la langue anglaise est requise. Lorsque vous décidez de travailler au nord, vous pouvez demander un congé nordique à votre employeur actuel, ce qui vous permettra de conserver votre emploi à votre retour. Une fois le processus de recrutement finalisé, vous obtiendrez une date d'embauche et vous serez formé(e) et orienté(e). Si votre candidature a été retenue, votre orientation sera faite à l'unité de soins de Kuujuaq. Par la suite, vous suivrez une formation en rôle élargi de 4 semaines qui vous permettra de travailler en dispensaire pour pratiquer le rôle élargi.

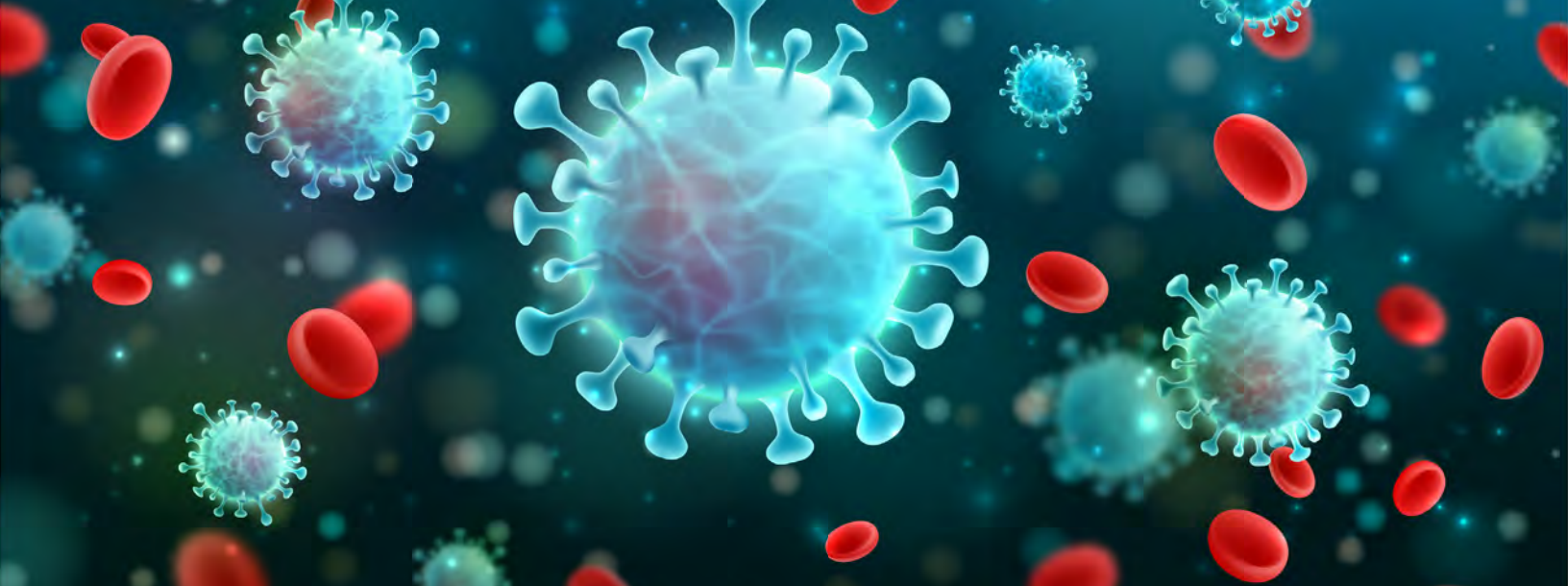


Appliquez dès maintenant

recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca

1 877 893-7646

www.tulattavik.com



COVID-19

La maladie à coronavirus (COVID-19) : portrait des connaissances actuelles

Au fil des siècles, l'humanité a fait face à plusieurs pandémies. La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), avec 4 132 365 cas confirmés et 283 387 décès à travers le monde en date du 11 mai 2020, est d'une ampleur sans précédent depuis les 100 dernières années en termes d'impacts sur l'activité humaine. Cet article clinique aborde (presque) tout ce que vous devez savoir à propos de la COVID-19, des modes de transmission aux méthodes diagnostiques et traitements potentiels en passant par le tableau clinique et les principes de prévention de la transmission.

par Alexandra Lapierre, Guillaume Fontaine, Pierre-Luc Tremblay, Marc-André Maheu-Cadotte et Michaël Desjardins

INTRODUCTION

Au fil de son histoire, l'humanité a dû faire face à de nombreuses pandémies. Tandis qu'une épidémie désigne la propagation rapide d'une maladie dans une population ou une région géographique délimitée, une pandémie est «une épidémie survenant dans le monde entier ou sur une zone très large, traversant des frontières internationales et affectant généralement un grand nombre de personnes» [1]. Parmi les pandémies les plus connues, on retrouve la peste noire, ayant sévi au Moyen Âge, la grippe espagnole de 1918, le virus d'immunodéficience humaine (VIH) qui perdure depuis les années 1980, et la grippe A (H1N1) de 2009.

ÉPIDÉMIOLOGIE

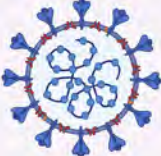
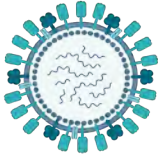
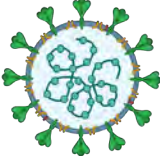
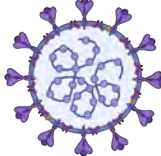
La pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) est toutefois sans précédent pour ces 100 dernières années en termes d'impacts sur l'activité humaine. La COVID-19 est causée par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2). En décembre 2019, les premiers cas de COVID-19 ont émergé dans la région de Wuhan, en Chine, où des personnes ont manifesté des symptômes de pneumonie sévère (p. ex., fièvre, toux, dyspnée, hémoptysie) [2]. En janvier 2020, le virus

s'est répandu à travers l'Asie, l'Europe et les Amériques. Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré l'état de pandémie alors que 114 pays dénombrèrent des cas de la maladie [3]. En date du 11 mai 2020, on comptait officiellement 4 132 365 cas et 283 387 décès à travers le monde [4]. Toutefois, il est probable que le nombre réel d'infections soit beaucoup plus élevé, puisque le nombre de tests réalisés est faible dans plusieurs pays et que plusieurs personnes asymptomatiques n'ont probablement pas été diagnostiquées. Les caractéristiques épidémiologiques du SRAS-CoV-2 et de la COVID-19 sont présentées dans le Tableau 1 en comparaison avec d'autres infections respiratoires virales ayant sévi dans les 15 dernières années. (Voir tableau 1).

Distinction entre la COVID-19 et l'influenza

De nombreuses personnes se questionnent sur la différence entre la COVID-19 et la grippe saisonnière. Tel que présenté dans le Tableau 1, quatre principaux points les distinguent. Premièrement, le taux de reproduction du SRAS-CoV-2 est de deux à cinq fois plus élevé que celui du virus de l'influenza. Cela signifie qu'une personne atteinte de la COVID-19 va infecter,

Tableau 1. Comparaison épidémiologique entre différentes infections respiratoires virales. *

Maladie	Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)	Grippe saisonnière	Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)	Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS)
Virus causant la maladie	 SRAS-CoV-2	 Virus de l'influenza	 SRAS-CoV	 MERS-CoV
Taux de reproduction (R_0)	2 à 5,7 ^a	1,3	3	0,3 à 0,8
Taux de létalité	Autour de 1 % ^b	0,05 à 0,1 %	9,6 à 11 %	34,4 %
Temps d'incubation	2 à 14 jours ^c	1 à 4 jours	2 à 7 jours	6 jours
Taux d'hospitalisation	6 à 19 % ^d	2 %	La plupart des cas	La plupart des cas
Taux potentiel d'infection communautaire	35 à 80 % ^e	10 à 20 %	10 à 60 %	4 à 13 %

*Tableau adapté de BioRender (2020) [5]; Sources : a Liu et al. (2020) et Steven et al. (2020) [5, 6]; b Russell et al. (2020) [7] ; c Stephen et al. (2020) [8] d Gouvernement du Québec (2020) [9]; e Agence de la santé publique du Canada (2020) [10]

en moyenne, entre 2 et 5,7 personnes, tandis qu'une personne atteinte de la grippe saisonnière va infecter 1,3 personne. Deuxièmement, le taux de létalité (c.-à-d., la proportion de personnes qui décèdent de la maladie par rapport à tous ceux qui l'ont contractée) est environ 10 à 20 fois plus élevé pour la COVID-19 que pour la grippe saisonnière. Troisièmement, le temps d'incubation de la COVID-19, qui varie de 2 à 14 jours, est beaucoup plus long que la grippe saisonnière. Enfin, le taux d'hospitalisation de la COVID-19 varie grandement selon les pays et les phases de propagation de la pandémie. Toutefois, celui-ci est environ 3 à 10 fois supérieur à la grippe saisonnière, puisque la COVID-19 engendre souvent des complications telles que des pneumonies.

CHAÎNE DE TRANSMISSION DE LA COVID-19

Une maladie infectieuse telle que la COVID-19 se transmet lorsque six éléments d'une chaîne sont réunis. D'abord, un agent infectieux, soit le virus SRAS-CoV-2 (élément 1), colonise un environnement vivant ou inanimé, appelé « hôte » (élément 2). Les scientifiques estiment qu'il est probable que la chauve-souris ait été le premier hôte du SRAS-CoV-2 avant que ce virus ne subisse des mutations et passe à des hôtes intermédiaires. Les serpents, les pangolins et les tortues sont présentement identifiés comme des hôtes intermédiaires probables, quoique cela demeure toujours incertain [11, 12]. La voie de sortie empruntée par le virus (c.-à-d. le site anatomique spécifique pour quitter l'hôte animalier) (élément 3), le mode de transmission utilisé (élément 4), et la voie d'entrée (élément 5) vers un second hôte réceptif (élément 6), soit l'être humain, demeurent toujours inconnus.

La consommation humaine d'une viande animale contaminée par le virus SRAS-CoV-2 est une des hypothèses avancées pour expliquer cette transmission de l'animal vers l'humain [13].

La chaîne de transmission du virus SRAS-CoV-2 entre humains est toutefois mieux documentée. Les récepteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ECA2) situés au niveau des cellules épithéliales pulmonaires sont identifiés comme le site d'entrée du virus chez l'humain [14]. Les sécrétions respiratoires sont identifiées comme la voie de sortie du virus alors que celui-ci se transmet principalement par le biais de gouttelettes respiratoires produites par une personne infectée. L'infection peut aussi être transmise par le biais d'un contact étroit et prolongé avec une personne contaminée. Lorsqu'une personne est atteinte de la COVID-19, on considère qu'elle est contagieuse environ une journée avant l'apparition des symptômes et jusqu'à 14 jours à la suite de l'apparition de ceux-ci [15]. Il est également possible de contracter l'infection en touchant des surfaces contaminées par le virus, puis en touchant la « Zone T » de son visage, soit les yeux, le nez et la bouche. Lorsque les conditions sont favorables, le SRAS-CoV-2 peut survivre jusqu'à trois heures dans l'air, jusqu'à 24 heures sur le carton et jusqu'à deux à trois jours sur le plastique et l'acier inoxydable [16]. À ce jour, aucune donnée scientifique ne suggère que les animaux de compagnie puissent être infectés et transmettre la COVID-19 [17].

PROCESSUS PHYSIOPATHOLOGIQUE

Le processus physiopathologique de la COVID-19 est complexe et n'est pas encore entièrement décrit. Lors d'une infection par ►

le SRAS-CoV-2, une réponse immunitaire est déclenchée par l'hôte afin de permettre la multiplication et la migration des leucocytes (globules blancs) vers le tissu pulmonaire. Cette réponse inflammatoire permet à la plupart des personnes atteintes par le virus d'éliminer celui-ci de leur organisme. Toutefois, tel que précédemment noté chez des patients infectés par le SRAS et le MERS, certains développent une réponse immunitaire inappropriée et hors de contrôle, entraînant une réponse inflammatoire sévère et la mort de cellules épithéliales et endothéliales au niveau pulmonaire. Le tout provoque notamment une perméabilité vasculaire augmentée et un œdème pulmonaire, entravant sévèrement les échanges gazeux et expliquant l'hypoxémie, parfois sévère, observée chez les personnes infectées [18, 19].

TABLEAU CLINIQUE

Les symptômes de la COVID-19 ne sont pas spécifiques et la présentation de la maladie peut varier de l'absence de symptômes (patients asymptomatiques), à la pneumonie sévère et la mort. Dans la majorité des cas (environ 80 %), les personnes infectées par la COVID-19 présentent des symptômes légers à modérés (p. ex., toux, fièvre, fatigue) alors que 14 % d'entre eux ont des symptômes sévères (p. ex., dyspnée et hypoxémie), et 6 % présentent un tableau clinique critique (p. ex., insuffisance respiratoire, choc septique, insuffisance multiorganique).

Voici une liste résumant les principaux symptômes, des plus fréquents au plus rares [20].

- Fièvre (87,9 %)
- Frissons (11,4 %)
- Toux (67,7 %)
- Nausée/Vomissements (5,0 %)
- Fatigue (38,1 %)
- Congestion nasale (4,8 %)
- Expectoration (33,4 %)
- Diarrhée (3,7 %)
- Dyspnée (18,6 %)
- Hémoptysie (0,9 %)
- Myalgie (14,8 %)
- Congestion conjonctivale (0,8 %)
- Mal de gorge (13,9 %)
- Asymptomatique (% inconnu)
- Céphalée (13,6 %)
- Perte de l'odorat (anosmie) et du goût (agueusie) [21] (% inconnu)

Populations à risque de complications

Les personnes considérées les plus à risque de décéder à la suite de complications reliées à la COVID-19 sont les personnes âgées de plus de 65 ans, ainsi que les personnes atteintes d'une condition de santé sous-jacente, comme l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le cancer. Les personnes immunodéprimées sont aussi plus à risque de maladie sévère [22].

Chez les enfants et les adolescents

L'information sur la COVID-19 demeure limitée chez les enfants

et les adolescents. Selon les données disponibles, ceux-ci représentent un faible pourcentage des cas, soit moins de 1 % [23]. En général, la gravité et le taux de mortalité de cette maladie sont moindres dans cette tranche d'âge que chez les adultes [24, 25]. Tout comme les adultes, les enfants et les adolescents peuvent présenter des symptômes tels que la fièvre, une toux sèche et de la fatigue, ainsi que des douleurs abdominales et de la diarrhée dans certains cas [24, 25].

Chez les femmes enceintes et les nouveau-nés

À ce jour, les données disponibles sur la COVID-19 sont insuffisantes pour démontrer s'il y a plus de risque de complications pour la femme enceinte et l'enfant à naître [26]. Toutefois, selon les quelques cas rapportés, les caractéristiques cliniques de la COVID-19 chez les femmes enceintes semblent similaires à celles rapportées chez les patientes adultes non enceintes [26]. À ce jour, il n'y a pas de preuve que le virus peut se transmettre de la mère au bébé durant la grossesse (transmission verticale). La présence du virus n'a pas été détectée dans le liquide amniotique, le placenta ou le lait maternel des femmes enceintes infectées [26, 27]. De plus, aucun cas de malformation congénitale causée par le virus n'a été observé [26, 27].

Cependant, la possibilité d'une transmission verticale demeure activement à l'étude puisque de récents rapports de cas en Chine ont fait état de cinq nouveau-nés positifs à la COVID-19 à 16 heures, 36 heures et deux jours de vie [28-30]. Toutefois, puisque les mesures prises pour éviter l'infection chez ces nouveau-nés demeurent inconnues, il est impossible de confirmer qu'il s'agit de cas de transmissions verticales du virus [28, 29]. Soulignons également que ces nouveau-nés à terme ont présenté des symptômes typiques, y compris la fièvre et la léthargie, et qu'une radiographie pulmonaire a révélé une pneumonie à deux jours de vie.

MESURES DIAGNOSTIQUES

En date du 6 avril 2020, 16 laboratoires, dont le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) effectuent les tests pour la COVID-19 et sont en mesure de confirmer les cas. Toutefois, en raison d'une quantité limitée de tests disponibles, plusieurs critères ont été établis pour identifier les priorités de dépistage. Par ailleurs, ceux-ci ont été modifiés le 1er mai par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [31]. Avant cette date, les voyageurs revenus de l'étranger étaient considérés comme les vecteurs de la maladie. Depuis, un nombre grandissant de cas de transmission communautaire et de besoins de dépistage de professionnels de la santé a été enregistré. Conséquemment, la capacité du réseau à dépister toutes les personnes suspectées d'être infectées a été surpassée. La priorité se porte désormais sur les personnes hospitalisées et les professionnels de la santé symptomatiques. L'échelle de priorité de dépistage est présentée au [tableau 2](#).

Tableau 2. Priorités de dépistage de la COVID-19 au Québec (en date du 1er mai 2020) [31]

61	Les patients symptomatiques hospitalisés ou qui nécessitent des soins réguliers en milieux hospitaliers, notamment les patients hospitalisés symptomatiques (incluant les tests requis pour la levée d'isolement), les patients symptomatiques des unités d'hémodialyse, les patients symptomatiques à l'urgence dont l'état justifie une hospitalisation ou qui présentent des facteurs de risque de complications, les femmes enceintes symptomatiques au 3e trimestre et les personnes devant accompagner une femme à un accouchement, lorsque symptomatique à la fin de la grossesse.
62	Les professionnels de la santé symptomatiques en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers, dont le retrait causerait un bris de service (incluant les tests requis pour les mesures de retour au travail).
63	Les usagers et le personnel dans des milieux d'hébergement tels que les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour aînés (RPA) et les ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), dès qu'un nouveau cas positif non isolé est identifié, à la sortie des usagers d'un centre hospitalier qui sont dirigés vers un milieu de vie comme un CHSLD, RPA, RI-RTF, les personnes symptomatiques habitant dans d'autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc.) et dans des milieux de vie hébergeant des personnes âgées (plus de 70 ans) sur recommandation du directeur régional de santé publique. (Voir également les Recommandations concernant les prélèvements et analyses TAAN pour la COVID-19 dans les CHSLD mises à jour le 4 mai 2020).
64	Les personnes symptomatiques de toutes les communautés (incluant les milieux en réouverture : écoles, milieux de garde, manufactures, mines, construction, etc.)
65	Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) et autres travailleurs symptomatiques fournissant des services jugés critiques/essentiels.
66	Les contacts étroits des cas, symptomatiques ou asymptomatiques, selon les directives du directeur de santé publique et le dépistage dans des milieux spécifiques en fonction du déconfinement (écoles, milieu de travail, etc.), selon les directives du directeur de santé publique.

Tableau provenant du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2020) [31]

Bien que le test de dépistage puisse s'effectuer sur différents types de prélèvement, l'écouvillonnage oro- et naso-pharyngé à l'aide d'un écouvillon velouteux ou «flocked swab» est à privilégier. Si ce type d'écouvillon n'est pas disponible, un écouvillon rigide exempt de bois, d'alginate de calcium ou de coton peut être utilisé. Un spécimen d'environ 0,5 ml est suffisant pour effectuer le test selon le LSPQ [32]. Il importe de mentionner que les professionnels qui effectuent les tests de dépistages doivent être expérimentés dans l'écouvillonnage oro- et naso-pharyngé, car la fiabilité du résultat dépend de la qualité du spécimen biologique [32]. Il est aussi recommandé d'effectuer le dépistage dans une fenêtre de deux à sept jours suivant le début des symptômes [32, 33]. Par la suite, le laboratoire recevant le spécimen effectue un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Cette méthode vise à détecter la présence de séquences d'acides nucléiques spécifiques au SRAS-CoV-2 dans l'échantillon prélevé. [32, 34]. Comparativement à la culture virale qui peut prendre plusieurs jours, le TAAN peut donner un résultat dans les 6 à 24 heures suivant la réception du spécimen au laboratoire.

PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION

Les principes pour la prévention de la transmission de la COVID-19 se divisent en trois catégories : 1) les mesures de protection personnelle; 2) les mesures de protection de l'environnement et; 3) les mesures de distanciation physique [35].

Les mesures de protection personnelle

Pour prévenir la transmission de la COVID-19, les mesures d'hygiène de base sont recommandées. En effet, il importe de se laver fréquemment les mains avec de l'eau et du savon pendant au moins 20 secondes et de toujours couvrir sa bouche et son nez avec le bras ou un mouchoir lorsque l'on tousse afin de réduire la propagation. Actuellement, le port du masque est recommandé uniquement pour les personnes présentant des

symptômes de la COVID-19, spécialement la toux, ou pour les personnes prenant soin de personnes possiblement infectées par la COVID-19 [17]. Toutefois, en date du 20 avril 2020, ces recommandations seraient appelées à évoluer prochainement selon le gouvernement du Québec.

Les mesures de protection de l'environnement

Quant à l'environnement, il est important de nettoyer et de désinfecter fréquemment tous les objets et toutes les surfaces qui risquent d'être contaminés, comme les poignées de porte, la robinetterie, les cellulaires et les claviers et souris d'ordinateur. Les désinfectants domestiques habituels peuvent être employés ou une combinaison de neuf parts d'eau froide pour une part d'eau de javel [36]. De plus, il est recommandé de minimiser le partage des objets, si possible.

Les mesures de distanciation physique

La distanciation physique consiste à limiter le nombre de contacts étroits auprès d'autres personnes. Il est donc nécessaire d'éviter tous les déplacements non essentiels dans la communauté et d'éviter de se rassembler, peu importe l'occasion. Lors des déplacements essentiels, il est important de maintenir une distance d'au moins deux mètres par rapport aux autres. De plus, si une personne présente des symptômes apparentés à la COVID-19 (tels qu'énumérés précédemment) ou qu'elle revient de voyage de l'étranger (avec ou sans symptômes), celle-ci doit s'isoler et rester à la maison au moins 14 jours afin d'éviter d'infecter d'autres personnes.

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES : AUCUN TRAITEMENT DÉMONTRÉ EFFICACE À CE JOUR

Face à l'urgence sanitaire liée à la COVID-19, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a récemment effectué plusieurs recensions des écrits scientifiques afin d'émettre rapidement des constats et de prendre position quant aux différents traitements pharmacologiques potentiels ►

de la COVID-19. Le **tableau 3** présente un résumé de leurs recommandations.

Alors que de nombreux chercheurs et spécialistes à travers le monde travaillent actuellement à la proposition de traitements pharmacologiques, de nouvelles informations sur l'efficacité de ceux-ci sont publiées quotidiennement. Toutefois, la grande majorité de ces études sont de faible qualité, souvent exemptes de groupes contrôles, et dont la méthode et les résultats n'ont pas été publiés et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation scientifique externe [45]. Plusieurs études avec répartition aléatoire présentement en cours visent à évaluer l'efficacité de différents traitements pharmacologiques et permettront certainement d'apporter des données scientifiques claires pour le traitement de la COVID-19 [46].

AUTRES INFORMATIONS PHARMACOLOGIQUES

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Selon certaines données, la prise d'ibuprofène au cours d'une infection des voies respiratoires comme la COVID-19 pourrait s'accompagner d'une augmentation du risque d'aggravation des symptômes et de complications infectieuses et cardiovasculaires [47]. Par conséquent, l'INESSS recommande d'éviter l'utilisation d'AINS pour la gestion des symptômes de l'infection, et de privilégier, si possible, la prise d'acétaminophène. Pour les enfants suspectés d'avoir la COVID-19 ou ayant celle-ci, l'utilisation des AINS n'est pas proscrite. Cependant, l'acétaminophène devrait aussi être privilégié [48].

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)

Certaines hypothèses ont été émises quant au lien entre l'utilisation des IECA et des ARA ainsi qu'un risque accru de contracter la COVID-19 ou de développer des complications. Toutefois, cette association n'a pas été démontrée [49]. Comme l'arrêt de ces médicaments pourrait entraîner des conséquences cardiovasculaires néfastes pour un patient, l'INESSS recommande aux cliniciens de ne pas cesser ni de modifier cette pharmacothérapie chez les patients chez qui un diagnostic de COVID-19 est soupçonné ou confirmé [49].

DÉVELOPPEMENT D'UN VACCIN

Pour le moment, plusieurs entreprises biopharmaceutiques travaillent au développement de vaccins potentiels afin de contrer la pandémie de COVID-19. Le développement en est encore à des stades précliniques et il est très difficile d'obtenir une liste exhaustive des vaccins potentiels [50]. Au niveau génétique, le SRAS-CoV-2 est très semblable au SRAS-CoV, ce dernier ayant causé une épidémie en 2003 (voir **tableau 1**) [51, 52]. Les chercheurs espèrent donc que l'expérience du SRAS pourra les aider à trouver comment stimuler efficacement le système immunitaire. Les types de vaccins à l'étude peuvent être regroupés en trois principales catégories : 1) les vaccins entiers (vivants atténués ou inactivés) ; 2) les vaccins sous-unitaires et ; 3) les vaccins à acides nucléiques.

Les vaccins entiers (vivants atténués ou inactivés)

Les vaccins entiers pour lesquels l'agent viral est atténué ou ►

Tableau 3. Résumé des recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) pour le traitement pharmacologique de la maladie à COVID-19.

Nom de la molécule	Mécanisme d'action	Recommandation pour le traitement de la maladie à COVID-19	Étude clinique en cours
Amantadine et Rimantadine [37]	Interfèrent avec le cycle de réplication des virus influenza de type A en inhibant l'activité du canal ionique M2 de leur membrane cellulaire.	Non-recommandé	Non
Chloroquine et Hydroxychloroquine [38]	Effets antiviraux en inhibant les étapes dépendantes du pH de la réplication virale. Effet immunomodulateur possible.	Effet potentiel, mais non recommandé, car données insuffisantes.	Oui
Colchicine [39]	Inhibe l'activation de la réponse inflammatoire.	Effet potentiel, mais non recommandé, car données insuffisantes.	Oui
Lopinavir/ritonavir [40]	Inhiberait les protéases virales nécessaires à la réplication virale.	Effet potentiel, mais non recommandé, car données insuffisantes.	Oui
Thérapie passive par anticorps (plasma convalescent) [41]	Administration d'anticorps provenant de patients guéris (transfusion de plasma) afin de neutraliser la réplication virale.	Effet potentiel, mais non recommandé, car données insuffisantes.	Oui
Remdésivir [42]	Exerce une activité antivirale en inhibant la synthèse de l'ARN virale	Effet potentiel, mais non recommandé, car données insuffisantes.	Oui
Oseltamivir [43]	Inhibiteur sélectif de l'enzyme neuraminidase des virus influenza de type A et de type B.	Non recommandé	Oui
Tocilizumab [44]	Anticorps monoclonal humanisé dirigé contre le récepteur de l'interleukine 6 humaine (IL-6), qui joue un rôle dans la réaction inflammatoire.	Effet potentiel, mais non recommandé, car données insuffisantes.	Oui

inactivé par différents procédés chimiques représentent une stratégie classique d'immunisation contre une infection virale. Ce type de vaccin présente plusieurs composantes antigéniques à l'hôte, soit des molécules propres au virus qui permettent au système immunitaire d'identifier ce dernier comme étranger à l'organisme. Ceci permet le développement de multiples stratégies immunitaires qui sont très similaires à celles que l'hôte aurait pu développer s'il avait été infecté et qu'il s'était rétabli naturellement. Cependant, dans la démarche de conception du vaccin, il est essentiel que le virus atténué ou inactivé démontre une pathogénicité très faible ou nulle, c'est-à-dire que le risque que celui-ci confère la maladie à la personne qui le reçoit est minime [52].

Les vaccins sous-unitaires

Les vaccins sous-unitaires utilisent un ou plusieurs antigènes viraux. Ces antigènes doivent avoir un haut potentiel d'immunogénicité, c'est-à-dire en mesure de stimuler fortement la réponse immunitaire de l'hôte. Concernant la COVID-19, la liste des antigènes pouvant contribuer au développement d'un tel type de vaccin est longue. Toutefois, les recherches penchent actuellement vers l'utilisation de la protéine S. Celle-ci agit comme médiateur en permettant au virus de se fixer aux récepteurs de l'ECA2, qui est sa cible d'entrée. Les avantages de cette composante virale sont que cette protéine de surface est rapidement reconnue par le système immunitaire ce qui lui confère une immunogénicité élevée. Les composantes de la protéine elle-même constituent des avenues intéressantes afin d'augmenter l'efficacité et la sécurité d'un futur vaccin. Indirectement, cette protéine a déjà été étudiée dans le développement de vaccins contre le SRAS-CoV et le MERS-CoV. Les résultats de ces recherches peuvent donc contribuer à la recherche concernant le SRAS-CoV-2 [52, 53].

Les vaccins à acides nucléiques

Les vaccins à acides nucléiques reposent essentiellement sur deux types de molécules, l'acide désoxyribonucléique (ADN) et l'acide ribonucléique messager (ARNm), qui lorsqu'elles sont injectées chez un individu, permettent la synthèse de la protéine immunogénique [52]. Actuellement, ces types de vaccins comportent des avantages théoriques seulement, car aucun vaccin de cette catégorie n'est sur le marché [52, 54]. Pour le moment, des résultats prometteurs proviennent d'études sur des sujets animaux, notamment pour des virus tels que l'influenza et la rage [54]. Par contre, certains suggèrent que les vaccins à ADN en particulier posent un risque théorique d'intégration au génome de l'hôte [52, 55]. La production commerciale de ces nouveaux types de vaccin demandera des contrôles stricts au niveau de l'efficacité et des risques associés, entraînant des délais plus longs [52, 56].

À ce jour, aucun vaccin contre les coronavirus n'est sur le marché. Les essais cliniques de vaccins contre de tels virus (p. ex., SRAS-

CoV, MERS-CoV) ont donné des résultats mitigés, voire même des complications chez les sujets testés. Par conséquent, la prudence est de mise avant la mise en marché d'un vaccin, ce qui pourrait entraîner des délais lors des essais cliniques [56]

IMMUNITÉ POST-INFECTION

Généralement, plus la maladie infectieuse est sévère, plus le système immunitaire est sollicité et plus l'immunité acquise sera longue. Par contre, pour le moment, nous manquons de recul face à l'immunité acquise que confère la COVID-19. L'expérience du SRAS et du MERS nous a montré que des anticorps peuvent être détectés quelques années après l'infection initiale. Une étude longitudinale réalisée auprès de 176 patients infectés par le SRAS-CoV a mis en évidence que les anticorps IgG pouvaient se maintenir en moyenne deux ans, après quoi on observait une baisse marquée des titres [57]. Toutefois, il demeure incertain si la présence d'anticorps est corrélée à la protection contre la réinfection. Par conséquent, les données sur la présence et la durée d'une immunité acquise chez les personnes exposées au SRAS-CoV-2 demeurent à ce jour inconnues. ■



Les auteurs

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., ét. Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal



Guillaume Fontaine, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Institut de Cardiologie de Montréal



Pierre-Luc Tremblay, inf., M. Sc.

Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières



Marc-André Maheu-Cadotte, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Institut de Cardiologie de Montréal
Centre de recherche, CHUM



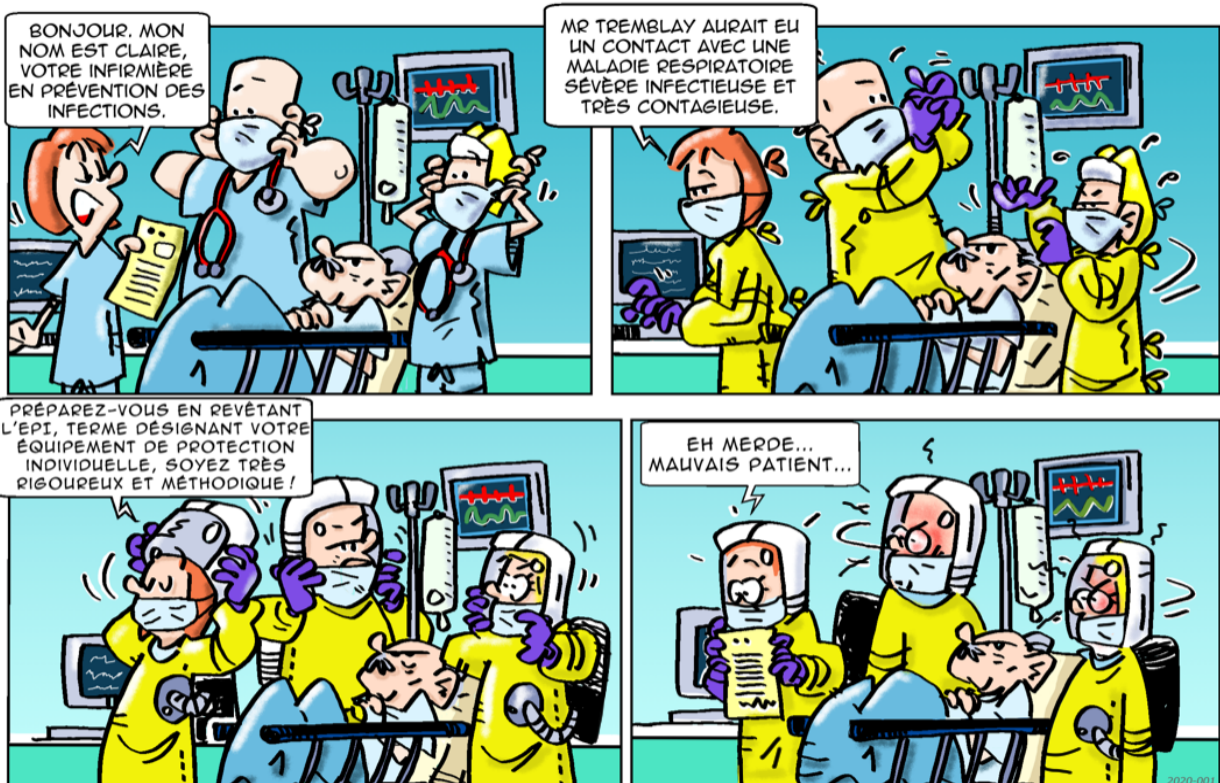
Michaël Desjardins, MD

Département de microbiologie, infectiologie et immunologie,
Université de Montréal
Service de microbiologie médicale et d'infectiologie, CHUM

RÉFÉRENCES

- [1] Last JM. *A dictionary of epidemiology*. 4 ed. New York: Oxford University Press.
- [2] Zhang JJ, Dong X, Cao YY, Yuan YB, Yang YB, Yan YQ, et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy*. 2020.
- [3] World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Repéré à <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
- [4] World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report - 97 (26 April 2020). WHO; 2020.
- [5] Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *J Travel Med*. 2020;27(2).
- [6] Steven S, Yen Ting L, Chonggang X, Ethan R-S, Nick H, Ruian K. High contagiousness and rapid spread of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7).
- [7] Russell TW, Hellewell J, Jarvis CI, V, Van Zandvoort K, Abbott S, Ratnayake R, et al. Estimating the infection and case fatality ratio for coronavirus disease (COVID-19) using age-adjusted data from the outbreak on the Diamond Princess cruise ship. *Eurosurveillance*. 2020;25(12):2000256.
- [8] Stephen AL, Kyra HG, Qifang B, Forrest KJ, Qulu Z, Hannah RM, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *Ann Intern Med*. 2020.
- [9] Gouvernement du Québec. Situation du coronavirus (COVID-19) au Québec. 2020. Repéré à <https://www.quebec.ca/en/health/health-issues/a-z/2019-coronavirus/situation-coronavirus-in-quebec/-c51842>.
- [10] Agence de la santé publique du Canada. La COVID-19 au Canada : point sur la modélisation (28 avril 2020). 2020. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/donnees-modelisationmesures-sante-publique-fra-04-28.pdf>.
- [11] Woo PC, Lau SK, Lam CS, Lau CC, Tsang AK, Lau JH, et al. Discovery of seven novel Mammalian and avian coronaviruses in the genus deltacoronavirus supports bat coronaviruses as the gene source of alphacoronavirus and betacoronavirus and avian coronaviruses as the gene source of gammacoronavirus and deltacoronavirus. *J Virol*. 2021;86(7):3995-4008.
- [12] Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun*. 2020;109(102433).
- [13] Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *J Adv Res*. 2020;24:91-8.
- [14] Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res*. 2020;7(1):11.
- [15] Woelfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Mueller MA, et al. Clinical presentation and virological assessment of hospitalized cases of coronavirus disease 2019 in a travel-associated transmission cluster. *medRxiv*. 2020.
- [16] van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;82(16).
- [17] World Health Organization (WHO). Q&A on coronaviruses (COVID-19). WHO; 2020.
- [18] Li G, Fan Y, Lai Y, Han T, Li Z, Zhou P, et al. Coronavirus infections and immune responses. *J Med Virol*. 2020;92(4):424-32.
- [19] Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. *Viruses*. 2020;12(4):372.
- [20] World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). WHO February 2020.
- [21] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et anosmie sévère BRUTALE et perte de goût sans obstruction nasale. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [22] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et personnes immunodéprimées. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [23] Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42.
- [24] Le Saux N. L'épidémiologie à jour sur la COVID-19 (causée par le virus SARS-CoV-2) chez les enfants et les conseils s'y rapportant : mars 2020. Société canadienne de pédiatrie, comité des maladies infectieuses et d'immunisation; 2020.
- [25] Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. *World J Pediatr*. 2020.
- [26] Gouvernement du Québec. Informations pour les femmes enceintes - coronavirus (COVID-19). 2020. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/informations-pour-les-femmes-enceintes-coronavirus-covid-19/>.
- [27] Yang H, Wang C, Poon L. Novel coronavirus infection and pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020.
- [28] Wang S, Guo L, Chen L, Liu W, Cao Y, Zhang J, et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. *Clin Infect Dis*. 2020.
- [29] Zeng L, Xia S, Yuan W, Yan K, Xiao F, Shao J, et al. Neonatal early-onset infection with SARS-CoV-2 in 33 neonates born to mothers with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr*. 2020.
- [30] Alzamora MC, Paredes T, Caceres D, Webb CM, Valdez LM, La Rosa M. Severe COVID-19 during pregnancy and possible vertical transmission. *Am J Perinatol*. 2020.
- [31] Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Directives cliniques aux professionnels et au réseau pour la COVID-19. 2020. Repéré à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/directives-cliniques-aux-professionnels-et-au-reseau/cliniques-designees-covid-19/>.
- [32] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). SARS-CoV-2 : guide pratique pour les demandes d'analyses de laboratoire en lien avec la COVID-19, Version 1 : 6 avril 2020. Québec, Qc: INSPQ; 2020.
- [33] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). COVID-19 : Mesures pour la gestion des cas et des contacts dans la communauté : recommandations intérimaires, Version 6.0. Québec, Qc: INSPQ; 2020.
- [34] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). TAAAN multiplex respiratoire (8 cibles et plus). Québec, Qc: INESSS; 2019.
- [35] Gouvernement du Canada. À propos de la maladie à coronavirus (COVID-19). 2020. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/a-propos-maladie-coronavirus-covid-19.html>.
- [36] Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Consignes à suivre pour la personne atteinte de la COVID-19 en isolement à la maison. Gouvernement du Québec; 2020.
- [37] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et Amantadine/rimantadine. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [38] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et Chloroquine/hydroxychloroquine. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [39] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et colchicine. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [40] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 Lopinavir/Ritonavir (Kaletra). Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [41] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et thérapie passive par anticorps (plasma convalescent). Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [42] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et remdésivir (ou GS-5734). Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [43] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et osetamivir (tamiflu). Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [44] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et tocilizumab. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [45] McCreary EK, Pogue JM, Pharmacists obotSolD. Coronavirus disease 2019 treatment: A review of early and emerging options. *Open Forum Infect Dis*. 2020;7(4).
- [46] Bravo Jeria R, Rojas Reyes M, Franco J, Acuna M, Torres Lopez L, Rada Gr, et al. Chloroquine and hydroxychloroquine for the treatment of COVID-19: A living systematic review protocol. *medRxiv*. 2020.
- [47] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [48] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et utilisation des anti-inflammatoires non-stéroïdiens chez la clientèle pédiatrique. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [49] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19 et IECA. Québec, Qc: INESSS; 2020.
- [50] Chen W-H, Strych U, Hotez PJ, Bottazzi ME. The SARS-CoV-2 vaccine pipeline: an overview. *Curr Trop Med Rep*. 2020.
- [51] Ahmed SF, Qadeer AA, McKay MR. Preliminary identification of potential vaccine targets for the COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) based on SARS-CoV immunological studies. *Viruses*. 2020;12(3).
- [52] Zhang J, Zeng H, Gu J, Li H, Zheng L, Zou Q. Progress and prospects on vaccine development against SARS-CoV-2. *Vaccines*. 2020;8(2):153.
- [53] Wrapp D, Wang N, Corbett KS, Goldsmith JA, Hsieh CL, Abiona O, et al. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. *Science*. 2020;367(6483):1260-3.
- [54] World Health organization (WHO). DNA vaccines - Biological. WHO; 2020.
- [55] Liu MA. A comparison of plasmid DNA and mRNA as vaccine technologies. *Vaccines*. 2019;7(2).
- [56] Amanat F, Kramer F. SARS-CoV-2 vaccines: Status report. *Immunity*. 2020;52(4):583-9.
- [57] Wu L-P, Wang N-C, Chang Y-H, Tian X-Y, Na D-Y, Zhang L-Y, et al. Duration of antibody responses after severe acute respiratory syndrome. *Emerg Infect Dis*. 2007;13(10):1562-4.

STAT
MÉDIA





PRATIQUE CLINIQUE

Un outil pour réduire la violence à l'urgence

DEPUIS QUELQUES ANNÉES, la violence perpétrée envers les professionnels de la santé est reconnue et dénoncée. Mondialement, on peut constater un effort pour réduire ou prévenir de tels épisodes de violence. Le présent article vise à décrire les répercussions potentielles de la violence à l'encontre du personnel infirmier dans les salles d'urgence et à présenter un nouvel outil qui peut être utilisé par les infirmières d'urgence pour réduire de tels épisodes de violence.

par Laurence Fortier et Clémence Dallaire

LA VIOLENCE À LA SALLE D'URGENCE

L'urgence est un secteur où les professionnels de la santé, et en particulier les infirmières, sont davantage à risque de subir de la violence provenant des usagers ou de leurs proches [1]. Le taux d'agression dans les urgences varie grandement en fonction des milieux [2]. Toutefois, une étude menée en 2017 spécifie que 94 % des infirmières d'urgence rapportent avoir subi de la violence dans les six derniers mois [1]. Par ailleurs, les études rapportent que 50 % à 90 % du personnel de l'urgence est victime de violence verbale, de violence physique, de violence sexuelle, d'intimidation et de menaces [2]. De plus, ce phénomène serait sous-estimé, du fait que la violence est généralement peu déclarée [3].

Les raisons de cette faible déclaration sont multiples. Les obstacles fréquemment observés sont la longueur du processus pour effectuer une déclaration, le manque de temps, l'impression qu'aucun suivi ne sera effectué et l'impression qu'une déclaration est inutile. La fréquence élevée des épisodes de violence à l'urgence s'explique, entre autres, par l'agitation des usagers en raison de l'acuité des problèmes de santé, la surcharge de travail, l'achalandage trop élevé du secteur et la frustration entraînée par le temps d'attente [2, 3]. De plus, le fait que les usagers soient fréquemment sous-stimulés (p. ex., laissés à eux-mêmes pour plusieurs heures) ou surstimulés (p. ex., par le bruit, la lumière) peut aussi conduire à de telles situations [2, 3]. Ces situations peuvent entraîner des comportements violents de plusieurs façons, notamment en augmentant l'anxiété des

usagers, ou encore en réduisant leur perception de satisfaction à l'égard des soins et services reçus [4].

La violence est lourde de conséquences pour tous. Plus particulièrement, lorsque les professionnels de la santé subissent des actes violents. Cela peut entraîner une réduction de la qualité des soins, un climat de travail négatif, des blessures, de l'absentéisme et des répercussions psychologiques [2, 3]. Également, la fréquence à laquelle les professionnels subissent des actes violents risque d'entraîner des réponses émotives contre-productives, comme l'usure de compassion qui peut engendrer des réponses inappropriées envers les usagers, ce qui, à son tour, favorise l'agressivité de la clientèle.

UNE SOLUTION : UN OUTIL POUR DÉPISTER LE RISQUE DE VIOLENCE

À la lumière de ces constats, il est important d'agir et de prévenir ces épisodes de violence. Pour ce faire, un outil permettant de dépister le risque de violence dans les milieux de soins aigus a été traduit et adapté au Québec, dans le cadre d'un projet de maîtrise en sciences infirmières. Il a ensuite été implanté au CHU de Québec — Université Laval. Ce projet a été réalisé en collaboration avec l'Association de santé et sécurité des services publics (ASSSP) de l'Ontario [5] et l'Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS).

L'outil de dépistage du risque de violence (ODRV) comprend deux sections qui peuvent être utilisées par différents professionnels de la santé pour dépister le risque de violence (Sections A et B) (voir figure 1). Il comprend également une section réservée à l'infirmière afin d'évaluer plus en détail les raisons ayant mené à un comportement potentiellement agressif (Section C). Le professionnel doit d'abord identifier les comportements annonciateurs d'agressivité, déterminer la note attribuée à l'utilisateur, et intervenir en fonction du résultat obtenu. L'interprétation objective de la situation et le processus réflexif des professionnels qui utilisent cet outil doivent être pris en considération, en plus du score établi. L'objectif principal est d'agir avant que le comportement violent ne survienne. Dans les prochaines sections, nous verrons comment utiliser cet outil.

Section A : les indicateurs de risque

La section A permet de déterminer le score lié aux comportements ou aux facteurs de risque de l'utilisateur. En observant la façon dont l'utilisateur agit, les différents professionnels sont en mesure d'attribuer un pointage permettant de déterminer si le risque de violence est faible, modéré ou élevé. Les éléments présents dans cette liste ne signifient pas que l'utilisateur sera automatiquement agressif. Ils représentent des facteurs de risque, ou des comportements à risque, et un point doit être attribué lorsque ceux-ci sont présents ou observés chez l'utilisateur. Lorsqu'il est possible de savoir qu'un usager a un antécédent d'acte violent, cela engendrera deux points plutôt qu'un seul, car ce facteur de risque est un important prédicteur de violence [1]. Ainsi, un usager identifié comme ayant été violent dans le passé sera automatiquement à risque modéré. Autrement, la raison de consultation peut également être considérée comme un antécédent d'acte violent, par exemple, pour des lésions suite à une bagarre.

Au CHU de Québec — Université Laval, un code d'alerte a été établi afin d'identifier les usagers ayant des antécédents violents envers le personnel (appelé «code SÉCU» dans l'outil). Ce code d'alerte apparaît dans le logiciel de triage, au même titre qu'un usager porteur d'une bactérie multirésistante. Les individus identifiés par ce code ont soigneusement été sélectionnés afin de ne pas diluer l'effet de l'alerte. Ces usagers ont déjà commis des agressions envers le personnel, et celles-ci ont été documentées au dossier. De plus, ils doivent être en mesure de répondre de leurs actes, ce qui fait que les personnes ayant des antécédents de troubles neurocognitifs majeurs, par exemple, sont automatiquement exclues. En date du 1er janvier 2020, moins de 10 usagers portent l'alerte à leur dossier dans l'ensemble du CHU de Québec — Université Laval. Finalement, puisque l'interprétation des différents comportements observés peut différer d'un intervenant à l'autre, des définitions et des exemples ont été ajoutés à l'outil afin de faciliter le dépistage et réduire la subjectivité.

Section B : les interventions selon le risque établi

La section B présente les interventions générales pouvant être mises en place suite au dépistage du niveau de risque. Une fois le niveau de risque établi, il importe de mettre en place ces interventions en fonction de la réalité du milieu et de l'utilisateur. Les différents niveaux d'intervention incluent les éléments du niveau précédent. Par exemple, pour un usager à risque élevé de violence, il sera préférable de cumuler les interventions suggérées pour le niveau faible, modéré et élevé. Il est possible que certaines interventions ne s'appliquent pas à l'utilisateur, et que par conséquent, elles ne doivent pas être mises en œuvre. Encore une fois, le jugement des professionnels de la santé est requis pour l'utilisation de l'outil. Il est donc possible d'adapter les différentes interventions en fonction du milieu clinique.

Section C : les éléments déclencheurs et les interventions spécifiques

La section C représente les causes possibles des comportements violents, ainsi que l'évaluation de l'efficacité des interventions. Cette section doit être remplie par une infirmière suite à son évaluation. L'objectif est de prévenir des événements violents futurs, et de cibler quelles interventions pourraient être priorisées afin d'éviter les récurrences. Cette liste non exhaustive permet de guider la réflexion des professionnels en fonction des causes les plus fréquentes des comportements agressifs. Bien entendu, il peut arriver que certains usagers soient imprévisibles mais ceux-ci sont plutôt rares. La plupart du temps, les comportements agressifs peuvent être prévenus si on intervient adéquatement et rapidement sur les éléments déclencheurs. Il est même possible de prendre un moment de réflexion sur le sujet avec l'utilisateur et ses proches, et en discuter avec eux. Ainsi, ils peuvent également prendre conscience que le personnel de l'urgence craint un acte violent, ce qui pourrait favoriser la prise en charge de leurs propres comportements. Finalement, cette section comprend aussi les interventions spécifiques à la situation et à l'utilisateur. Ces interventions doivent être identifiées afin d'être mises en application lorsque l'utilisateur semble démontrer des signes d'agressivité.

Les répercussions psychologiques, physiques et organisationnelles de la violence vécue par les intervenants d'urgence justifient amplement l'objectif de réduire la fréquence et la gravité de ►

« L'objectif est de prévenir des événements violents futurs, et de cibler quelles interventions pourraient être priorisées afin d'éviter les récurrences. »

Figure 1. Outil de dépistage du risque de violence [6].

Outil de dépistage du risque de violence - Soins actifs

Section A : Indicateurs de risque
 Attribuer la note de 2 pour tout antécédent d'acte violent, et de 1 pour chaque comportement indiquant un risque de violence observé chez l'utilisateur.
 Additionner les résultats - **Le maximum est de 13.**

HISTORIQUE DE VIOLENCE : Donner la note de 2 pour toute occurrence passée de l'un ou l'autre des comportements suivants :	NOTE (maximum de 2)
<ul style="list-style-type: none"> • A fait l'usage de force physique causant, ou ayant pu causer des blessures. • A tenté d'utiliser la force physique qui aurait pu causer des blessures. • Patient identifié SÉCU 	

COMPORTEMENTS OBSERVÉS Attribuer une note de 1 pour chaque catégorie de comportements observés ci-dessous	NOTE
Altération de l'état mental <i>(Altération de la perception - p.ex. désorientation temporelle ou spatiale, hallucinations, propos incohérents, altération du jugement, idées délirantes, etc.)</i>	
Irritabilité <i>(Facilement dérangé ou fâché, refus de suivre les instructions, résistance aux soins, non-collaborant, incapable de tolérer la présence des autres, semble insatisfait, etc.)</i>	
Conduite tapageuse <i>(Bruyant, turbulent ou dérangeant - p. ex. claquer les portes, crier, etc.)</i>	
Menaces verbales <i>(Acte d'intimidation visant à susciter de la crainte - p. ex. Propos intimidants ou menaçants, insulte ou jure, exprime le projet de faire du mal à la personne visée, etc.)</i>	
Menaces physiques <i>(Gestes par lesquels un individu exprime sa volonté de faire du mal à autrui - p.ex. Menace avec un objet, bloque le passage, monte le poing, prend une posture agressive, se déplace avec force vers les autres, etc.)</i>	
Attaque avec des objets <i>(Lance des objets, frappe sur les vitres ou les casse, donne des coups de pied sur des objets, brise des accessoires, etc.)</i>	
Agitation, impulsivité <i>(Activité motrice augmentée et inadaptée - p.ex. Incapable de rester calme, réagit rapidement, agit sans réfléchir aux conséquences - p.ex. spontané, émotif, réponses hâtives, coupe la parole, etc.)</i>	
Méfiance excessive <i>(Suspicion exagérée à l'égard de menaces, persécutions ou complots réels ou imaginaires - p. ex. croit être espionné ou victime d'un complot, troublé, nerveux, incapacité à faire confiance, etc.)</i>	
Intoxication/sevrage <i>(Intoxication à l'alcool ou la drogue, ou signes de sevrage de drogues, alcool ou tabac, etc.)</i>	
Troubles du comportement <i>Action jugée problématique - p.ex. Auto-mutilation, comportements sexuels inappropriés, comportements compulsifs comme l'accumulation compulsive d'objets ou de nourriture, se dévêtir publiquement, etc.</i>	
Langage corporel suggestif d'agressivité <i>(Torse bombé, respiration profonde, dominance des bras, bras ouverts, sourcils froncés, clignements rapides des yeux, lèvres serrées, rougissement/blanchiment du visage, pointe du doigt, posture menaçante, poings serrés, marmonnements, etc.)</i>	

NOTE TOTALE Niveau de risque : Bas (0-1) Modéré (2-3) Élevé (4 et +)

Outil de dépistage du risque de violence - Soins actifs

Section B : Interventions selon le risque établi
 Selon le niveau de risque dépisté, appliquez les interventions appropriées.

NIVEAU DE RISQUE	INTERVENTIONS
BAS Note de 0 à 1	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer la surveillance et rester alerte pour tout changement du niveau de risque. Attention particulière aux usagers présentant des facteurs de risques. • Effectuer des interventions préventives en tout temps: agir avec civilité et professionnalisme, répondre aux besoins, donner de l'information, impliquer la famille dans les soins, interventions adaptées à l'usager, AAPA, etc. • Aviser l'AIC afin qu'il puisse informer le personnel concerné, placer le patient à un endroit approprié et sécuritaire, coordonner l'unité et le déroulement des tâches. • Modifier l'environnement pour éliminer ou réduire les risques potentiels. Par exemple, retirer les objets dangereux lorsque possible (tiges à soluté, cannes, projectiles, crayons, tubulures non essentielles, etc.). • Utiliser une communication thérapeutique efficace (par exemple débiter la pacification, demeurer calme, démontrer une attitude rassurante, ne pas porter de jugement, faire preuve d'empathie et prodiguer des soins axés sur la personne). • S'assurer que des mesures de communication avec l'équipe sont disponibles en tout temps. Par exemple: aviser les collègues lorsque j'interviens auprès du patient, cloche d'urgence, téléphone, etc. • Aviser les collègues du risque de violence afin qu'ils puissent intervenir de manière sécuritaire auprès de l'usager. • Garder une distance sécuritaire lorsque possible, et/ou intervenir en équipe plutôt que seul. • Reporter les soins lorsque l'usager sera moins à risque de violence, si possible. • Déterminer les éléments déclencheurs du ou des comportements (Section C de l'outil). • Intervenir de manière à réduire ou éliminer les éléments déclencheurs. • Documenter le niveau de risque au PTI, les éléments déclencheurs ainsi que les directives associées. • Toute autre intervention pertinente à la situation.
MODÉRÉ Note de 2 à 3	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer les interventions des niveaux précédents. • Sortir de la pièce et vous protéger. • Aller chercher de l'aide de vos collègues, n'intervenez pas seul. • Aviser rapidement l'AIC afin qu'il puisse s'assurer que le personnel concerné est en état d'alerte et prêt à intervenir. • Favoriser l'expression verbale des émotions chez l'usager et commencer ou continuer la pacification. • Recadrer calmement le patient lorsque les comportements sont inappropriés ou dangereux, par exemple, en donnant des consignes claires et simples. • Être prêt à appliquer les techniques de gestion du comportement et d'auto-protection conformément aux politiques et aux procédures organisationnelles appropriées pour la situation, par exemple : principes Oméga. • Aviser le service de sécurité et demander une présence sécuritaire, si nécessaire. • Préparer ou assurer la disponibilité des mesures de contrôle, il est possible que vous ayez à l'utiliser. • Si le patient est violent malgré les interventions d'équipe et la présence des agents de sécurité ou lors d'un danger imminent, lancez le code blanc (#5555).
ÉLEVÉ Note de 4 et plus	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer les interventions des niveaux précédents. • Continuer à appliquer les techniques de gestion du comportement et d'auto-protection conformément aux politiques et aux procédures organisationnelles appropriées pour la situation, par exemple : principes Oméga. • Aviser le service de sécurité et demander une présence sécuritaire, si nécessaire. • Préparer ou assurer la disponibilité des mesures de contrôle, il est possible que vous ayez à l'utiliser. • Si le patient est violent malgré les interventions d'équipe et la présence des agents de sécurité ou lors d'un danger imminent, lancez le code blanc (#5555).

Section C : Éléments déclencheurs et interventions spécifiques
 Cette section comporte les éléments à évaluer lorsque le niveau de risque est modéré ou élevé, et selon le jugement clinique. Les éléments déclencheurs d'origine physique, psychologique, environnementale ou décollant d'activités peuvent entraîner ou aggraver un comportement violent, agressif ou réactif. Cette section permet de documenter les éléments déclencheurs suspects ou connus. Vous pouvez également demander à l'usager ou à sa famille de vous aider à les identifier.

Éléments déclencheurs – Identifier ceux qui s'appliquent			
Évaluation clinique des éléments déclencheurs possibles. Vous pouvez également impliquer l'usager et sa famille pour aider à les identifier.	PHYSIQUES <input type="checkbox"/> Faim / Soif <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Complication (p.ex. hypertension, diabète, etc.) <input type="checkbox"/> Manque de sommeil/fatigue <input type="checkbox"/> Nouveau médicament <input type="checkbox"/> Altération de l'état mental <input type="checkbox"/> Autre _____ Précisions _____	PSYCHOLOGIQUES <input type="checkbox"/> Peur/anxiété <input type="checkbox"/> Sentiment d'être négligé <input type="checkbox"/> Insatisfaction à l'égard des soins <input type="checkbox"/> Altération de l'état mental <input type="checkbox"/> Autre _____ Précisions _____	ENVIRONNEMENTAUX <input type="checkbox"/> Bruit <input type="checkbox"/> Éclairement <input type="checkbox"/> Intimité <input type="checkbox"/> Surstimulation <input type="checkbox"/> Sous-stimulation <input type="checkbox"/> Proximité/espacement <input type="checkbox"/> Odeurs <input type="checkbox"/> Présence de la journée <input type="checkbox"/> Autre _____ Précisions _____
Interventions spécifiques			
Indiquez les interventions ayant fonctionné pour réduire la violence, ou demandez au patient. Quelles sont les solutions pour prévenir ou réduire les comportements?	<input type="checkbox"/> Prendre une marche <input type="checkbox"/> Regarder la télévision <input type="checkbox"/> Faire participer l'usager lors des soins <input type="checkbox"/> Laisser le patient seul un moment (si autorisé) <input type="checkbox"/> Faire valétudine <input type="checkbox"/> Impliquer la famille	<input type="checkbox"/> Activités _____ <input type="checkbox"/> Modifier l'environnement ou tout autre besoin en particulier: <input type="checkbox"/> Désigner l'aire <input type="checkbox"/> Routine d'élimination <input type="checkbox"/> Offrir davantage d'explications/d'informations <input type="checkbox"/> Rassurer	TECHNIQUES DE DÉSÉCALADE DE LA VIOLENCE : Identifiez les stratégies de désescalade et de pacification spécifiques à l'usager, par exemple, écoute active, faire verbaliser, offrir des choix, etc.

tels événements [7]. Malheureusement, prévenir la totalité des agressions semble relever de l'impossible. Par contre, l'outil de dépistage du risque de violence est prometteur pour sensibiliser les intervenants aux différents comportements agressifs, aux risques associés, aux interventions à mettre en place pour se protéger et ainsi prévenir la récurrence. Les comportements agressifs surviennent rarement dans un « ciel bleu », d'où l'importance de bien cibler les causes et intervenir sur la source réelle du problème.

CAS CLINIQUE : MONSIEUR LEMIEUX

Monsieur Lemieux, 42 ans, se présente en ambulance accompagné de sa conjointe. Il a été retrouvé inconscient dans la rue et présente une lacération sur front ainsi que plusieurs lésions au visage, torse et bras. Ses propos sont incohérents et il présente une amnésie des événements. Il est agité au point où l'intervention des ambulanciers est nécessaire pour vous aider à le maîtriser. Il se calme par la suite, mais demeure imprévisible. Selon votre expérience, vous reconnaissez des signes d'intoxication à un psychostimulant, mais il nie en avoir consommé. Sa conjointe

précise qu'il a déjà consommé des drogues, mais qu'il n'aurait pas consommé depuis plusieurs semaines. L'usager se fâche lorsque vous le questionnez sur le sujet, et il semble inquiet.

À la lumière des informations disponibles, quelle note attribueriez-vous à cet usager?

Dans cette situation, il serait noté indiqué d'attribuer la note de 4 à l'usager, ce qui indique un risque élevé de violence. Les points attribués sont : altération de l'état mental, irritabilité, agitation et intoxication (possible). Puisque le jugement clinique est essentiel, et que l'usager est fictif, le résultat que vous avez obtenu peut être différent de celui-ci.

Quelles seraient vos interventions?

Lorsque l'on doit intervenir auprès d'un usager à risque élevé de violence, il est important d'intervenir comme si une agression pouvait survenir à tout moment. La stabilisation de l'usager et l'évaluation de la condition mentale et physique sont essentielles, mais dans un contexte de risque élevé de violence, la protection

de tous doit être également priorisée. Il serait alors approprié d'appliquer les interventions des trois niveaux de risque. Selon le degré de collaboration de l'utilisateur, il pourrait être nécessaire de le placer sous contention physique afin d'assurer sa sécurité et la sécurité des autres.

Qu'est-ce que vous pourriez évaluer afin de prévenir les récurrences?

Le cheminement clinique permettant de déterminer les causes des comportements violents peut être complexe. Pour cela, il est nécessaire d'évaluer la situation sous tous ces angles.

L'utilisateur semble méfiant et n'apprécie pas que l'on questionne sa consommation de drogues. Il pourrait être bénéfique d'aborder le sujet sans la présence de sa conjointe et de discuter avec lui de la raison de son comportement. De plus, il serait pertinent de prévoir un possible sevrage, car cela pourrait également engendrer des comportements violents dans le futur. Si l'état mental de l'utilisateur est trop altéré, l'évaluation des causes devra peut-être attendre qu'il ne soit plus sous l'influence de la drogue ou qu'il présente une amélioration de son état de santé physique, car un traumatisme craniocérébral est également à considérer. Finalement, il est possible que le traumatisme craniocérébral soit la cause de la confusion et de l'agitation.

Les interventions qui seront appliquées envers cet usager dépendront donc de l'évaluation que l'infirmière fait de la situation.

CONCLUSION

En somme, l'outil de dépistage du risque de violence ne prétend pas être en mesure de réduire l'entière des événements violents à l'urgence. L'objectif est de prévenir et d'outiller davantage les différents professionnels de la santé, afin que ceux-ci soient en mesure de reconnaître des comportements ou des situations exposant un risque, et ainsi réduire la fréquence et la gravité des agressions. Au CHU de Québec — Université Laval, une formation d'une heure est offerte aux différents intervenants, afin que ceux-ci soient en mesure d'utiliser adéquatement l'outil. Cet outil a le potentiel de favoriser un climat de travail plus sain, d'augmenter la rétention du personnel soignant et de réduire la quantité et la longueur des absences liées à la violence à l'urgence. Puisque la majorité des événements violents sont prévisibles et évitables, nous avons tout intérêt, en tant qu'équipe, à les réduire au maximum.

Pour toute question ou information supplémentaire à l'endroit de l'outil de dépistage du risque de violence ou du code d'alerte « SÉCU », nous vous invitons à entrer en contact directement avec l'auteur de l'article. ■



Les auteures

Laurence Fortier, inf., B. Sc., ét. M. Sc.

Santé mentale, psycho-oncologie et soins palliatifs
CHU de Québec, Université Laval



Clémence Dallaire, inf., Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

RÉFÉRENCES

- [1] Pich J, Kable A, Hazelton M. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: results from the Australian VENT study (*Violence in Emergency Nursing and Triage*). *Australas Emerg Nurs J.* 2017; 20(3):107–113.
- [2] Pourshaikhian M, Gorji HA, Awyankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A systematic literature review: workplace violence against emergency medical services personnel. *Arch Trauma Res.* 2016; 5(1): 1–14.
- [3] Sachdeva S, Jamshed N, Aggarwal P, Kashyap SR. Perception of workplace violence in the emergency department. *J Emerg Trauma Shock.* 2019; 12(3): 179–184.
- [4] Studer Group. AIDET Patient Communication. 2018. Récupéré à : <https://www.studergroup.com/aidet>
- [5] L'Association de Santé et Sécurité des Services Publics (ASSSP). *Individual Client Risk Assessment Toolkit for HealthCare Settings*. Ontario, Canada; 2017. Récupéré à : <https://workplace-violence.ca/wp-content/uploads/2017/06/VPRASEEN0417-ICRA-Toolkit-Resource-Manual-V1.3-2017.12.12-1.pdf>
- [6] Fortier, L. *Outil de dépistage du risque de violence*. Québec, Canada : CHU de Québec — Université Laval; 2019.
- [7] Cannavò M, La Torre F, Sestili C, La Torre G, Fioravanti M. Work-related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. *Clin Ther.* 2019; 170(2): 110–123.



FORMATION

Le développement d'activités de simulation à la salle d'urgence pour soutenir le travail d'équipe en traumatologie : que disent les écrits ?

AU COURS DES DERNIÈRES ANNÉES, plusieurs études se sont intéressées à la simulation clinique haute-fidélité pour rehausser le travail des équipes interprofessionnelles en traumatologie. Cette stratégie pédagogique gagne également en popularité auprès des formateurs cliniques responsables du développement professionnel des équipes de soins à la salle d'urgence. Afin d'optimiser le travail de ces formateurs, il est primordial que les éléments clés des activités de simulation (p. ex., conception pédagogique, environnement, débriefing) soient explicitement diffusés dans les écrits afin qu'ils puissent procéder à une évaluation critique des activités, prendre position quant à leur transférabilité, puis les répliquer. Le but de cet article est de présenter les caractéristiques d'activités de simulation visant à rehausser le travail d'équipe à l'urgence lors de la prise en charge d'un patient victime d'un traumatisme grave. À la lumière de cet exercice, les éléments clés des activités de simulation recensées et les normes des meilleures pratiques sont présentés afin de soutenir les formateurs dans le développement futur de simulation efficace à la salle d'urgence.

par Alexandra Lapierre, Patrick Lavoie et Caroline Arbour

INTRODUCTION

La simulation clinique haute-fidélité est de plus en plus populaire auprès des formateurs responsables du développement professionnel à la salle d'urgence, puisqu'elle permet de reproduire des situations cliniques complexes sans compromettre la sécurité des patients [1]. La simulation clinique permet d'améliorer plusieurs compétences liées au travail d'équipe pour la prise en charge de la clientèle victime de traumatisme grave [2]. En effet, le travail d'équipe est essentiel en traumatologie

afin de coordonner efficacement les soins durant la première heure suivant l'arrivée du patient. Dans ce contexte, le travail d'équipe permet d'identifier rapidement les conditions mettant la vie en péril et d'intervenir dans des délais optimaux [3].

L'implantation d'une simulation clinique pour le développement des compétences des équipes interprofessionnelles est un processus qui demande une certaine réflexion. Pour qu'une simulation soit efficace, il importe qu'elle soit conçue avec rigueur

selon les connaissances scientifiques les plus à jour. Malgré cela, la description des activités de simulation dans les études peut parfois manquer de précision [4]. En ce sens, le but de cet article est de présenter les caractéristiques des activités de simulation haute-fidélité conçues pour rehausser le travail d'équipe en contexte de traumatologie à la salle d'urgence, et ce, afin de soutenir les responsables du développement professionnel dans le développement de simulations efficaces.

DÉMARCHE DOCUMENTAIRE ET CADRES DE RÉFÉRENCE

Une recherche documentaire a été réalisée dans six bases de données afin d'identifier des études scientifiques à devis expérimental ou quasi-expérimental ayant évalué des activités de simulation haute-fidélité en contexte de traumatologie adulte à la salle d'urgence. Des 1120 références retracées, 10 études évaluant une activité de simulation différente ont été incluses.

Une démarche d'analyse en deux étapes a ensuite été réalisée. Premièrement, nous avons décrit les éléments composant les activités de simulation clinique haute-fidélité en fonction des lignes directrices de Cheng et al. [4]. Un sommaire de ces lignes

directrices est présenté dans le [tableau 1](#). Puis, nous avons comparé les éléments recensés avec les meilleures pratiques en simulation développées par l'*International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning* [5], et ce, afin de présenter rigoureusement les caractéristiques des activités de simulation. Cette démarche d'analyse en deux étapes est présentée dans les sections qui suivent afin de guider les formateurs dans l'élaboration et la mise en place d'activités de simulation cliniques pour améliorer le travail d'équipe en traumatologie à la salle d'urgence.

LES ÉLÉMENTS COMPOSANT LES ACTIVITÉS DE SIMULATION

Le [tableau 2](#) présente les éléments qui composent les activités de simulation examinées. En fait, aucune étude ne décrit tous les éléments recommandés par les lignes directrices pour la description des activités de simulation en recherche [4]. De plus, seulement deux éléments sont rapportés dans toutes les études, soit le milieu de la simulation et le moment du débriefing. Par ailleurs, même si plusieurs des éléments recommandés sont rapportés dans les études, leur description est souvent très brève.

Tableau 1. Lignes directrices pour la description des activités de simulation en recherche

Éléments	Sous-éléments	Descripteur
Conception pédagogique	Objectifs d'apprentissage	Objectifs d'apprentissage et intégration à l'activité de simulation.
	Durée/fréquence	Durée et fréquence de l'activité de simulation.
	Normes de performance	Normes à partir desquelles la performance des participants a été évaluée et justification pour la sélection de ces normes.
	Activités complémentaires	Activités pédagogiques complémentaires à la simulation et moment auquel elles ont été utilisées.
	Variation clinique	Variations dans la présentation clinique des scénarios.
	Adaptation et degré de difficulté	Adaptation de l'activité de simulation aux besoins individuels des participants et variations du degré de difficulté.
	Intégration au programme de développement professionnel	Intégration de l'activité de simulation au programme de développement professionnel du milieu clinique.
Simulation clinique	Scénario clinique	Situation présentée. Si un scénario a été utilisé, le script doit être fourni en annexe.
	Utilisation d'accessoires	P. ex., moulage, média.
	Caractéristiques de l'animateur	Expérience, formation et profession de l'animateur.
	Essai pilote	Nombre, durée et fréquence, s'il y a lieu.
Orientation	Au simulateur/à l'environnement	Comment les participants ont été orientés au simulateur et à l'environnement.
Environnement de simulation	Simulateur	Marque, modèle et fonctionnalités.
	Milieu	Où l'activité de simulation a été effectuée (p. ex., in situ, centre de simulation).
	Équipement	Type, quantité, emplacement, taille, etc.
	Stimulus externes	P. ex., bruit ou odeur simulée.
Rétroaction et/ou débriefing	Durée	Durée de la rétroaction et/ou du débriefing.
	Moment	Moment de la rétroaction/débriefing par rapport à l'activité de simulation.
	Animateur	Expérience, formation et profession.
	Contenu	Sujets abordés pendant la rétroaction/débriefing.
	Méthode	Méthode de rétroaction/débriefing ou cadre utilisé.
	Enregistrement vidéo	Utilisation d'enregistrements vidéo (oui/non) et comment ils ont été utilisés.
	Utilisation d'un script	Utilisation d'un script (oui/non), fournir les détails du script en annexe.

LES CARACTÉRISTIQUES DES ACTIVITÉS DE SIMULATION

Conception pédagogique

Évaluation des besoins. Toutes les activités de simulation devraient débuter par une évaluation exhaustive des besoins des participants [5]. Cette évaluation permet de définir des objectifs d'apprentissage qui répondent aux besoins réels des professionnels [10], en tenant compte : a) des préoccupations des équipes de soins, b) de leurs forces et faiblesses, et c) de leurs connaissances, habiletés, attitudes et comportements. Parmi les écrits recensés, seulement deux études ont effectué une évaluation des besoins des professionnels [6, 7]. À titre d'exemple, Roberts et al. [6] ont observé des équipes interprofessionnelles lors de réanimations réelles afin d'identifier des points à améliorer dans le travail d'équipe, pour ensuite les aborder lors d'une brève activité de simulation.

Objectifs d'apprentissage. Les meilleures pratiques en simulation proposent d'élaborer des objectifs d'apprentissage généraux et/ou spécifiques à l'aide de l'acronyme SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et temporel) [5]. Elles proposent aussi de les partager avec les participants [5]. Seulement deux études [8, 9] ont clairement spécifié leurs objectifs d'apprentissage. À titre d'exemple, l'objectif spécifique de la simulation de Rosqvist et al. [9] était d'améliorer la communication et l'interaction entre les membres de l'équipe de traumatologie lors de la réanimation du patient traumatisé grave.

Durée et fréquence des simulations. Il n'existe pas de durée idéale pour une simulation, pour autant que la durée prévue soit réaliste et adaptée à la complexité de la situation clinique et des objectifs d'apprentissage [5]. Par contre, il importe de faire attention aux simulations trop longues, qui peuvent devenir lourdes pour les participants et les animateurs [10]. Pour la fréquence, il est reconnu que la pratique répétée des mêmes habiletés en simulation, associée à une évaluation et à une rétroaction, augmente l'apprentissage chez les participants [11, 12]. Dans les études recensées, la durée et fréquence des simulations cliniques sont bien décrites (n=9/10) mais varient fortement (de 15 à 45 minutes; d'une à quatre simulations).

Normes de performance. Il est recommandé de choisir un cadre théorique ou conceptuel sur lequel fonder les objectifs d'apprentissage et les indicateurs de performance. Il peut s'agir, par exemple, de lignes directrices ou d'un référentiel de compétences [5]. À cet effet, plusieurs études (n=6/10) ont présenté des normes de performance attendues sur lesquelles s'appuyaient les activités de simulation et les objectifs d'apprentissage. Trois études [6, 13, 14] se sont basées sur les principes du *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety* (TeamSTEPPS), un programme de formation présentant des outils visant l'intégration des compétences reliées

au travail d'équipe dans les soins de santé [15]. Par exemple, Capella et al. [13] ont basé leur activité de simulation sur un outil de briefing tiré du TeamSTEPPS; il s'agit d'un outil permettant d'identifier le rôle de tous les membres de l'équipe, d'évaluer les ressources disponibles et de créer un plan de soins préliminaire, et ce, avant l'arrivée du patient.

Activités préparatoires. Avant les activités de simulation, les meilleures pratiques recommandent de fournir aux participants des outils et ressources afin de les aider à atteindre les objectifs escomptés [5]. En accord avec ce principe, presque toutes les études (n=9/10) ont mis en place des activités préparatoires. Par exemple, Roberts et al. [6] ont utilisé une présentation didactique divisée en trois phases : (1) explication de l'importance de la communication, du leadership et des comportements d'équipe en traumatologie; (2) description de ces comportements; et (3) intégration d'exemples sous forme de vidéos.

Variation clinique. Les scénarios de simulation présentant une variété de problèmes et de conditions cliniques sont plus utiles pour l'apprentissage que les scénarios se concentrant sur un seul problème ou une seule situation de soins [12]. Dans la majorité des études (n=8/10), des scénarios cliniques variés ont été utilisés afin de diversifier les notions cliniques présentées. Par exemple, dans une même journée de simulation, Miller et al. [16] ont présenté : 1) un traumatisme abdominal contondant avec voies respiratoires intactes et 2) une lésion thoracique pénétrante nécessitant une gestion avancée des voies respiratoires.

Adaptation et degré de difficulté. Pour qu'une simulation soit efficace, il est important de s'assurer de l'arrimer aux besoins individuels des participants et à leur niveau d'expertise [10, 12]. Par conséquent, une simulation plus complexe visant plusieurs objectifs d'apprentissage pourrait être utile pour les équipes expertes en traumatologie, mais ne le serait pas pour des équipes plus novices. Lors de l'implantation de plusieurs simulations, il importe d'augmenter progressivement le degré de difficulté afin de favoriser la progression des participants [12]. Bien qu'il soit possible de déduire que certaines études présentaient une adaptation et un accroissement du degré de difficulté des simulations (p. ex., voir étude de Miller et al.), ces éléments n'ont pas été abordés explicitement dans les études recensées.

Intégration à un programme de développement professionnel. Les activités de simulation ont de meilleurs résultats lorsqu'elles sont intégrées à un programme de formation complet et ne constituent pas une activité de formation isolée [12]. Néanmoins, aucune étude n'a clairement spécifié comment les activités de simulation ont été intégrées à un programme de développement professionnel dans les milieux cliniques. Les meilleures pratiques en simulation proposent d'évaluer le programme de formation en place pour déterminer comment la simulation pourrait

Tableau 2. Éléments rapportés dans les études sur des interventions de simulation

Éléments	Sous-éléments	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Conception pédagogique	Objectifs d'apprentissage			•						•	
	Durée/Fréquence	•		•	•	•	•	•	•	•	•
	Normes de performance	•	•	•	•				•	•	•
	Activités complémentaires	•	•		•	•	•	•	•	•	•
	Variation clinique	•	•	•	•		•	•		•	•
	Adaptation et degré de difficulté						•				
	Intégration à la formation continue										
Simulation clinique	Scénario clinique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	
	Utilisation de compléments	•			•						
	Caractéristiques de l'animateur	•						•	•	•	
	Essai pilote									•	
Orientation	Au simulateur/à l'environnement			•	•						
Environnement de simulation	Simulateur (modèle, fonctions)	•		•	•	•	•	•	•	•	•
	Milieu	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Équipement	•							•		
	Stimulus externes										
Rétroaction et/ou débriefing	Durée				•	•	•	•		•	•
	Moment	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
	Animateur (présence et caractéristiques)					•		•		•	•
	Contenu			•	•		•				•
	Méthode			•		•		•			•
	Enregistrement vidéo	•	•					•	•	•	•
	Utilisation d'un script				•				•		

• : Rapporté [1] Amiel et al. (2015) [2] Capella et al. (2010) [3] Gardner et al. (2014) [4] Gilman et al. (2016) & Ziesmann et al. (2013) [5] Harvey et al. (2019) [6] Miller et al. (2012) [7] Paige et al. (2019) [8] Roberts et al. (2014) [9] Rosqvist et al. [10] Steinemann et al. (2011)

être intégrée de manière optimale [12]. Par exemple, dans un programme d'orientation à la salle de réanimation, des simulations pourraient être intégrées après chaque phase de théorie afin de favoriser l'intégration des apprentissages.

Simulation clinique

Description du scénario clinique. Les scénarios cliniques devraient inclure : (1) une situation de départ réaliste pour amorcer la simulation, (2) les différentes étapes du scénario, afin de guider l'évolution clinique et de fournir un cadre pour le déroulement de la simulation, et ce en réponse aux actions des participants, (3) des notions de temps (c.-à-d. les délais accordés pour chacune des phases du scénario), et (4) le lien entre les éléments du scénario, les objectifs d'apprentissage et les

indicateurs de performance [5]. Les études recensées décrivent presque toutes (n=9/10) de façon détaillée les différents scénarios de traumatologie utilisés. Par exemple, Capella et al. [13] présentent les composantes d'un scénario de prise en charge d'un accidenté de la route sévère selon les différentes composantes mentionnées ci-dessus. Il est aussi recommandé de développer des scénarios qui présentent un haut degré de fidélité conceptuelle et psychologique. Cela signifie qu'ils évoluent de manière logique et réaliste afin d'engendrer une impression d'authenticité chez les participants. Enfin, il est recommandé de faire valider les scénarios par des experts du domaine avant leur mise en œuvre [5].

Utilisation d'accessoires. L'utilisation d'accessoires (costumes, ►

médias, moulages, etc.) peut augmenter le réalisme du scénario en stimulant les sens des participants [5]. Toutefois, il ne faut pas surcharger les participants avec trop d'informations [17]. Seulement deux études ont rapporté l'utilisation d'accessoires [7, 14]. Par exemple, Amiel et al. [7] ont recréé une hémorragie externe avec un réservoir de six litres de liquide rouge connecté à un ballon d'air comprimé.

Caractéristiques de l'animateur. Il est important que l'animateur dispose des compétences et connaissances nécessaires pour animer une simulation et pour faciliter l'atteinte des objectifs d'apprentissage [5]. L'animateur doit être capable de mettre en place un processus dynamique et respectueux axé sur les objectifs, de gérer les dynamiques de groupe et de donner de la rétroaction précise et spécifique en temps opportun [5]. L'expérience, la formation et la profession de l'animateur ont été rapportées dans peu d'études (n=4/10).

Essai pilote. Pour s'assurer de la rigueur et de la faisabilité d'une activité de simulation, il est conseillé de réaliser un essai pilote auprès d'un public similaire au groupe de participants cibles [5]. Cet essai pilote permet d'identifier les éléments illogiques, confus, manquants ou non fonctionnels qui méritent d'être corrigés avant la mise en œuvre de la simulation réelle [5]. La réalisation d'un essai pilote a été mentionnée dans deux études [9, 18].

Environnement de simulation

Les meilleures pratiques ne se prononcent pas sur les éléments de l'environnement de simulation idéal. Elles font plutôt référence au concept de fidélité physique, c.-à-d. au degré auquel l'environnement de simulation reproduit l'environnement réel (mannequins, pièce, moulage, équipements, bruit, accessoires, etc.) [5]. Malgré tout, les études recensées présentaient des éléments relatifs à l'environnement de simulation qu'il convient de souligner.

Type de simulateur. La majorité des études (n=8/10) ont décrit la marque et le modèle du simulateur utilisé (majoritairement SimMan® 3G de la compagnie Laerdal — un mannequin dit «haute-fidélité»), mais n'en ont pas décrit les fonctionnalités. Sur ce plan, les formateurs doivent s'adapter à l'équipement accessible dans leur milieu clinique. Il importe aussi qu'ils connaissent les différentes fonctionnalités des simulateurs afin de les utiliser à bon escient [4].

Milieu. Le milieu de la simulation a été rapporté dans toutes les

études, qui utilisaient généralement un laboratoire de simulation ou une salle de réanimation de l'urgence (simulation *in situ*). Bien que la simulation à même le milieu clinique (*in situ*) semble plus appréciée des participants que la simulation en laboratoire, les dernières études comparatives affirment qu'elle n'a pas de valeur ajoutée pour le développement des compétences de travail d'équipe, mais qu'elle aurait un impact sur des aspects organisationnels comme la reconnaissance des menaces latentes pour la sécurité des patients (p. ex., découvrir que le FAST écho ne fonctionne pas lors d'une simulation) [21].

Équipement et stimulus externes. L'équipement médical utilisé lors des simulations a été décrit dans deux études évaluant des simulations *in situ* [6, 7]. Ces études ont notamment mentionné qu'ils utilisaient le matériel usuel de la salle d'urgence. En fonction du budget de formation, il est aussi possible d'utiliser du matériel uniquement dédié à la formation, bien que ceci diminue un peu le réalisme de la simulation. Quant aux stimulus externes (p. ex., le bruit), aucune étude n'a rapporté ce genre

« Selon les meilleures pratiques, l'utilisation d'accessoires peut être utile afin d'augmenter le réalisme du scénario en stimulant les sens des participants »

- INASCL Standards Committee (2016)

d'information. Pourtant, ces stimulus font partie intégrante de la fidélité physique des simulations effectuées à même les milieux cliniques.

Rétroaction et/ou débriefing

Durée et moment. Il est recommandé que le débriefing suive immédiatement la simulation afin de permettre de réfléchir sur l'implication des actions réalisées et d'assimiler de nouvelles connaissances, habiletés et attitudes [5]. Toutes les études ont mentionné un débriefing post-simulation d'une durée variant de 15 à 45 minutes.

Animateur. Il est conseillé que l'animateur soit formé et compétent, et qu'il assiste à la simulation afin de créer un environnement propice à l'apprentissage et favorable à la confidentialité, à la confiance, à la communication ouverte et à la réflexion [5]. Peu d'études (n=4/10) ont décrit les caractéristiques des animateurs de débriefing [5].

Contenu et méthode. Il est important d'utiliser une méthode ►



« [...] la description des activités de simulation dans les études visant le rehaussement du travail d'équipe en traumatologie à la salle d'urgence est peu exhaustive et ne correspond pas nécessairement aux meilleures pratiques en simulation. »

de débriefing structurée et de s'assurer de la cohérence entre le contenu du débriefing et les objectifs de la simulation [5]. Or, peu d'études ont décrit le contenu abordé en débriefing (n=4/10) et la méthode employée (n=4/10). Par exemple, à la suite des activités de simulation visant l'amélioration des connaissances sur les comportements d'équipe, Gardner et al. [8] ont invité les professionnels à réfléchir aux aspects du scénario qui les incitaient à se faire confiance, à communiquer, à accéder aux informations des autres, à partager des tâches, à coordonner les comportements, à déléguer et à définir les objectifs de l'équipe.

Enregistrement vidéo et script. L'utilisation de l'enregistrement vidéo n'est ni encouragée ni découragée par les meilleures pratiques [5]. En effet, les résultats d'une revue systématique récente montrent des bénéfices très minimaux de l'utilisation de vidéos en débriefing [22]. Néanmoins, plusieurs études (n=6/10) ont utilisé des vidéos lors du débriefing. Pour ce qui est de l'utilisation d'un script de débriefing, deux études [6, 19] ont mentionné avoir prévu des notes et un protocole de débriefing. La notion de script est une pratique relativement récente qui n'est pas abordée dans les meilleures pratiques en simulation [5].

Évaluation

L'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage, de l'expérience des participants, ainsi que de la performance des animateurs et de l'équipe de soutien est indispensable [5]. Toutes les études recensées ont évalué l'atteinte de résultats d'apprentissage comme la perception du travail d'équipe, l'acquisition de connaissances ou d'habiletés reliées au travail d'équipe, et même les changements de comportements dans la pratique. Deux études [19, 23] ont évalué l'expérience des participants, tandis qu'aucune ne s'est intéressée à la performance des animateurs ou de l'équipe de soutien. Par exemple, Paige et al. [23] ont évalué la réaction des participants au moyen de questions portant sur la valeur de la simulation et

sur les pistes d'amélioration.

CONCLUSION

Cette recherche a mis en évidence que la description des activités de simulation dans les études visant le rehaussement du travail d'équipe en traumatologie à la salle d'urgence est peu exhaustive et ne correspond pas nécessairement aux meilleures pratiques en simulation. Ainsi, les études ne permettent pas de guider clairement les formateurs dans les choix pédagogiques lors du développement et de la mise en œuvre de simulations similaires. Bien que la recherche sur la simulation ait connu une croissance exponentielle ces dernières années, la description incomplète des éléments clés des activités de simulation représente un facteur limitant l'avancement du domaine. Il incombe toutefois de mentionner que notre recherche documentaire s'est limitée au contexte de la traumatologie à la salle d'urgence. Les résultats présentés sont donc très spécifiques.

À ce jour, les meilleures pratiques en simulation demeurent donc la référence pour encadrer le développement rigoureux d'activités de simulation interprofessionnelle haute-fidélité. Bien que la mise en œuvre de ces meilleures pratiques puisse parfois représenter un défi pour les formateurs [24], il est primordial d'optimiser le développement et la mise en place des simulations dans les milieux cliniques. Cela est essentiel afin d'assurer leur qualité et leur efficacité pour l'apprentissage des équipes interprofessionnelles. À cette fin, le [tableau 3](#) offre un aide-mémoire simplifié basé sur les meilleures pratiques en simulation pour accompagner les formateurs dans le développement et la mise en œuvre de simulations en traumatologie et dans d'autres contextes cliniques. ■



Les auteurs

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., ét. Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal



Patrick Lavoie, inf., Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Centre de recherche, Institut de cardiologie de Montréal



Caroline Arbour, inf., Ph. D.

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal,
Centre de recherche, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Tableau 3. Aide-mémoire pour le développement et la mise en œuvre d'une simulation

Critères	Exemples d'actions à entreprendre
Évaluation des besoins	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir des données (questionnaire, observation, simulation, entrevue, etc.) sur les préoccupations des équipes, des formateurs, des gestionnaires, etc., et/ou les pratiques organisationnelles et/ou les connaissances, habiletés, attitudes et comportements des équipes.
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> Définir un ou des objectifs généraux et spécifiques. Élaborer des objectifs SMART (Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réalisable, Temporel). Déterminer les objectifs qui seront ou qui ne seront pas divulgués aux participants.
Format	<ul style="list-style-type: none"> Structurer la simulation en fonction des normes de performance attendues. Choisir un cadre théorique ou conceptuel pour guider le développement de la simulation.
Scénario	<ul style="list-style-type: none"> Concevoir un scénario qui inclut l'histoire clinique et les indices, afin de fournir un cadre pour l'évolution du scénario en réponse aux actions des participants. Lier les éléments du scénario aux objectifs et indicateurs de performance. Définir le temps requis pour chaque partie du scénario.
Fidélité	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les types de fidélité à maximiser pour créer une perception de réalisme qui favorisera l'engagement des participants (fidélité physique, conceptuelle et psychologique).
Préparation	<ul style="list-style-type: none"> Développer des activités préparatoires selon les connaissances, habiletés, attitudes, comportements attendus des professionnels pendant la simulation (lecture, présentation didactique, vidéo, etc.)
Essai pilote	<ul style="list-style-type: none"> Tester la simulation pour identifier tous les éléments à corriger. Utiliser un public similaire au groupe de participants cible. Inclure dans l'essai pilote une évaluation des outils d'évaluation afin d'évaluer leur validité et d'assurer leur cohérence et leur fiabilité.
Briefing	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les attentes des participants; instaurer un climat d'intégrité, de confiance et de respect. Établir les règles de bases (p. ex. respect, intégrité, confidentialité). Intégrer une orientation à l'environnement, à l'équipement, au simulateur, à la méthode d'évaluation, aux rôles, à la répartition du temps, aux objectifs généraux ou spécifiques et à la situation du patient. Envisager d'utiliser un plan de briefing préparatoire écrit ou enregistré pour en standardiser le processus et le contenu.
Animation	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir une approche facilitante centrée sur le participant et axée sur ses objectifs, ses connaissances ou son niveau d'expérience; Choisir un animateur qui dispose de compétences et de connaissances spécifiques en pédagogie par la simulation; Adapter l'animation au niveau d'expérience et de compétences des professionnels. Donner des indices afin d'aider les professionnels à progresser dans le scénario.
Débriefing	<ul style="list-style-type: none"> Choisir un animateur en débriefing compétent et formé. Choisir un environnement propice à l'apprentissage et favorable à la confidentialité, la confiance, la communication ouverte, la rétroaction et la réflexion. Baser le débriefing sur une méthode standardisée (ex. Plus/Delta, PEARL, GAS).
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer la méthode d'évaluation des participants selon les objectifs de la simulation. Évaluer l'expérience de simulation et la performance des animateurs et de l'équipe de soutien (questionnaire de satisfaction, discussion, etc.).

RÉFÉRENCES

- [1] Aggarwal R, Mytton OT, Derbrew M, Hananel D, Heydenburg M, Issenberg B, et al. *Training and simulation for patient safety*. Quality and Safety in Health Care. 2010;19(Suppl 2):i34-i43.
- [2] Gjeraa K, Møller T, Østergaard D. *Efficacy of simulation-based trauma team training of non-technical skills*. A systematic review. Acta Anaesthesiol Scand. 2014;58(7):775-87.
- [3] American College of Surgeons. *ATLS Advanced Trauma Life Support : Student Course Manual*. 10 ed. Chicago, United-States: American College of Surgeons; 2018.
- [4] Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, Chang TP, Nadkarni VM, Hunt EA, et al. *Reporting guidelines for health care simulation research: extensions to the CONSORT and STROBE statements*. Advances in Simulation. 2016;1(1):25.
- [5] INACSL Standards Committee. *INACSL: Standards of Best Practice: SimulationSM*. Clinical Simulation in Nursing. 2016;12:513-55.
- [6] Roberts NK, Williams RG, Schwand CJ, Sutjak JA, McDowell C, Griffen D, et al. *The impact of brief team communication, leadership and team behavior training on ad hoc team performance in trauma care settings*. Am J Surg. 2014;207(2):170-8.
- [7] Amiel I, Simon D, Merin O, Ziv A. *Mobile in situ simulation as a tool for evaluation and improvement of trauma treatment in the emergency department*. Journal of Surgical Education. 2016;73(1):121-8.
- [8] Gardner AK, Ahmed RA. *Transforming trauma teams through transactive memory: Can simulation enhance performance?* Simulation & Gaming. 2014;45(3):356-70.
- [9] Rosqvist E, Lauritsalo S, Paloneva J. *Short 2-H in situ trauma team simulation training effectively improves non-technical skills of hospital trauma teams*. Scandinavian Journal of Surgery. 2018;108(2):117-23.
- [10] Moran V, Wunderlich R, Rubbelke C. *Simulation: Best practices in nursing education*. Vicki M, Wunderlich R, Rubbelke C, editors. Cham, Switzerland: Springer; 2018.
- [11] Issenberg BS, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scales RJ. *Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review*. Medical Teacher. 2005;27(1):10-28.
- [12] Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. *Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide*. AMEE Guide No. 82. Med Teach. 2013;35(10):e1511-30.
- [13] Capella J, Smith S, Philp A, Putnam T, Gilbert C, Fry W, et al. *Teamwork training improves the clinical care of trauma patients*. J Surg Educ. 2010;67(6):439-43.
- [14] Harvey EM, Freeman D, Wright A, Bath J, Peters VK, Meadows G, et al. *Impact of advanced nurse teamwork training on trauma team performance*. Clinical Simulation in Nursing. 2019;30:7-15.
- [15] Institut canadien pour la sécurité des patients. *Dynamisez votre travail d'équipe et la communication avec TeamSTEPS Canada™ 2018* [Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/NewsAlerts/News/Pages/Step-up-your-teamwork-and-communication-with-TeamSTEPS-Canada-2018-03-13.aspx>].
- [16] Miller D, Crandall C, Washington C, 3rd, McLaughlin S. *Improving teamwork and communication in trauma care through in situ simulations*. Acad Emerg Med. 2012;19(5):608-12.
- [17] Reedy GB. *Using cognitive load theory to inform simulation design and practice*. Clinical Simulation in Nursing. 2015;11(8):355-60.
- [18] Steinemann S, Berg B, Skinner A, DiTulio A, Anzelon K, Terada K, et al. *In situ, multidisciplinary, simulation-based teamwork training improves early trauma care*. J Surg Educ. 2011;68(6):472-7.
- [19] Gillman LM, Brindley P, Paton-Gay JD, Engels PT, Park J, Vergis A, et al. *Simulated Trauma and Resuscitation Team Training course-evolution of a multidisciplinary trauma crisis resource management simulation course*. Am J Surg. 2016;212(1):188-93.e3.
- [20] Page-Cuttrara K, Turk M. *Impact of prebriefing on competency performance, clinical judgment and experience in simulation: An experimental study*. Nurse Educ Today. 2017;48:78-83.
- [21] Sorensen JL, Østergaard D, LeBlanc V, Ottesen B, Konge L, Dieckmann P, et al. *Design of simulation-based medical education and advantages and disadvantages of in situ simulation versus off-site simulation*. BMC Medical Education. 2017;17(1):20.
- [22] Cheng A, Eppich W, Grant V, Sherbino J, Zendejas B, Cook DA. *Debriefing for technology-enhanced simulation: a systematic review and meta-analysis*. Medical Education. 2014;48(7):657-66.
- [23] Paige J, Garbee D, Yu Q, Kiselov V, Rusnak V, Detiege P. *Moving along: Team Training for Emergency Room Trauma Transfers (T(2)ERT(2))*. J Surg Educ. 2019;76(5):1402-12.
- [24] Rutherford-Hemming T, Lioce L, Durham CF. *Implementing the standards of best practice for simulation*. Nurse Educ. 2015;40(2):96-100.

La routine est un choix. Sortez de
votre zone de confort...

VIVEZ L'EXPÉRIENCE DU RÔLE ÉLARGI !

Incertain(e) ?

- Testez votre potentiel en rôle élargi en participant à l'une de nos séances interactives
- Assistez à notre prochaine séance d'information
- Envoyez votre CV



PRATIQUE CLINIQUE

L'évaluation des céphalées à l'urgence, tout un casse-tête !

L'ÉVALUATION DES CÉPHALÉES À LA SALLE D'URGENCE peut représenter un défi de taille pour les infirmières vu leurs causes multiples. Cet article, à travers la mise en situation de Madame Lespérance, situe le rôle de l'infirmière pour la prise en charge des céphalées à la salle d'urgence. Il présente les éléments d'évaluation à considérer, les différentes options thérapeutiques associées ainsi que les ressources pouvant être suggérées au patient.

par Jessie Carrier et Nathalie Amiot

INTRODUCTION

Les céphalées représentent 1 à 2 % des consultations à l'urgence [1]. Bien qu'elles puissent être perçues comme banales, elles peuvent également signifier une pathologie grave. Selon l'*International Classification of Headache Disorders*, il existe plus de 300 types de céphalées, ce qui explique la grande complexité par rapport à son évaluation [8]. Elles sont regroupées en trois grandes classes soient les céphalées primaires, les céphalées secondaires et enfin, les névralgies et neuropathies. À l'urgence, lors de l'évaluation d'un patient avec une céphalée, on pense bien sûr aux conséquences physiques, comme la douleur, et aux drapeaux rouges à ne pas manquer. Par contre, on oublie souvent d'évaluer l'impact fonctionnel qui peut avoir des conséquences psychologiques chez la personne. En effet, les céphalées constituent la première cause de perte de qualité de vie chez les moins de 50 ans [2]. Cet aspect est très important pour la clientèle et peut diriger le choix du traitement. Pourtant, il est rarement abordé en contexte hospitalier [3]. Les patients sont souvent dépourvus d'information et l'infirmière de l'urgence peut jouer un rôle clé afin d'aider les patients à mieux connaître leur maladie et les ressources mises à leur disposition dans le but de mieux contrôler leurs symptômes et ainsi avoir une meilleure qualité de vie.

MISE EN SITUATION — PREMIÈRE PARTIE

Madame Lespérance, âgée de 30 ans, se présente au triage de

l'Urgence SOS pour une céphalée depuis environ 36 heures. Vous procédez à son évaluation selon les lignes directrices «Triage à l'urgence» de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui stipulent que vous avez la responsabilité de : «faire une évaluation clinique ciblée à la raison de consultation en tenant compte des antécédents reliés...» [4], et de «colliger les données relatives à la raison de consultation à l'aide d'une technique d'entrevue efficace basée sur le PQRSTU-AMPLE...» [4].

Elle débute en vous disant qu'elle est connue pour des migraines habituellement soulagées avec Ibuprofène (Advil) 400 mg per os (PO). Depuis trois mois, elle a également dû prendre son Élétriptan (Relpax) 40 mg PO environ une fois par semaine. De plus, dans les dernières 24 heures, elle a tenté d'alterner la prise d'Acétaminophène (Tylenol) 975 mg PO et Ibuprofène (Advil) 400 mg PO régulièrement, mais sans soulagement adéquat. La dernière dose prise de ces deux médicaments remonte à moins d'une heure avant son arrivée au triage. Elle évalue sa céphalée à 8/10 sous forme pulsatile constante depuis 36 heures avec une apparition progressive. Son mal de tête est situé unilatéralement au niveau de la région fronto-pariétale droite, et ce, sans irradiation ni douleur péri oculaire, faciale, ni cervicale. Selon madame Lespérance, aucun élément déclencheur ni traumatisme n'aurait provoqué sa céphalée. Elle est augmentée par l'activité physique, mais non aggravée à la manœuvre de ►

Valsalva.

Vous la questionnez sur les signes et symptômes associés. Elle accuse des nausées, mais dit ne pas avoir eu de vomissement. Elle présente de la sonophobie et de la photophobie. Elle n'a pas eu d'aura, de symptôme visuel, de trouble moteur, de changement de la parole ni de trouble sensitif. Elle n'a pas fait de température et ne ressent pas de raideur de la nuque. Enfin, elle n'a pas subi de perte de conscience, n'a pas eu de convulsion ni d'étourdissement.

Il s'agit de son deuxième épisode depuis le début de la semaine, mais cette fois-ci, la durée est beaucoup plus longue qu'à l'habitude et elle a même dû quitter le travail plus tôt, car elle était incapable de vaquer à ses occupations. Elle n'a pas mangé et s'hydrate peu depuis 24 heures étant donné ses nausées. De plus, elle affirme avoir dormi seulement quelques heures par nuit depuis deux jours. Elle croit qu'il s'agit d'une douleur de type migraineuse et spécifie, à votre demande, que ce n'est pas la pire céphalée de sa vie, et que l'intensité, la fréquence et les caractéristiques de sa céphalée sont semblables à celles déjà vécues auparavant.

Elle a comme seul autre antécédent personnel une fracture du poignet droit et elle n'a pas d'allergie. Elle ne prend pas d'autre médicament ni produit naturel et a un stérilet Mirena depuis 3 ans puisque les autres contraceptifs exacerbaient ses symptômes. Vous avez maintenant tout ce dont vous avez besoin afin de procéder à l'examen physique.

• **Signes vitaux (SV) :** Tension artérielle (TA) : 118/71, Pouls : 78, Saturation : 98 %, Température buccale : 36,8 °C.

• **Examen physique ciblé :** Examen neurologique sommaire.

(Voir tableau 1).

Le jugement clinique est essentiel afin de déterminer l'examen neurologique requis. Selon la présentation clinique du patient, d'autres tests peuvent être requis.

Avant de terminer votre triage, vous vous assurez d'avoir toutes les informations requises pour déterminer l'urgence de la situation et identifier les signaux d'alarme. Effectivement, selon les lignes directrices sur la prise en charge en soins primaires des céphalées chez l'adulte, la reconnaissance des signaux d'alarme est la première étape dans l'algorithme pour déterminer l'urgence d'agir [5]. Donc, afin de bien compléter votre triage, vous repensez à l'acronyme SNOOP4 proposé par Dodick, qui se veut un outil reconnu pour l'évaluation des céphalées secondaires [6].

LE SNOOP4

S : Symptômes systémiques

Fièvre, frissons ou perte de poids qui peuvent faire penser à une pathologie infectieuse ou néoplasique.

N : Déficits ou symptômes Neurologiques

Tout déficit neurologique doit faire penser à un accident vasculaire cérébral (AVC), un saignement intracrânien ou une encéphalite.

O : Old: Apparition nouvelle après 50 ans

Dans cette situation on doit penser à une cause aiguë : artérite temporale, glaucome aigu ou lésion intracrânienne par exemple.

O : Onset : Apparition subite, en coup de tonnerre

Ce type de présentation fait d'emblée penser à un saignement intracrânien.

P : Positionnel

La céphalée devrait diminuer en position debout puisque le débit sanguin diminue, si elle augmente, ceci fait penser à une hypotension intracrânienne.

P : Précipité par Valsalva/exercice

L'augmentation de la céphalée à l'exercice et lors de la manœuvre de Valsalva fait penser à une hypertension intracrânienne (HTIC)

P : Œdème Papillaire:

Une tuméfaction de la papille à l'examen du fond d'œil en présence de céphalées est suspicieuse d'un œdème cérébral. Bien que peu pratiqué par les infirmières d'urgence, le fond d'œil est un examen qui relève de leurs compétences et qui peut aider à diriger le diagnostic. Par contre, la prudence est de mise en contexte de céphalées, puisque cet examen pourrait exacerber les symptômes des patients qui craignent la lumière.

P : Pattern

Lorsqu'une personne connue pour des céphalées décrit un changement dans la présentation de ces dernières, il s'agit d'une alerte qui fait penser à une cause secondaire. Nous aborderons les causes secondaires de céphalées plus loin dans le texte.

La situation de Mme Lespérance ne démontre donc pas de signaux d'alarme. Aussi, selon vos connaissances sur les pathologies neurologiques graves, vous ne retrouvez pas de critères inquiétants dans votre anamnèse et examen physique chez cette cliente. Cependant, puisqu'il s'agit d'une douleur centrale évaluée à 8/10, soit sévère, vous attribuez la priorité deux à Mme Lespérance selon l'échelle canadienne de triage [7]. Voici un tableau résumé des pathologies neurologiques graves à ne pas manquer en présence de céphalées. (Voir tableau 2).

LES CÉPHALÉES

Les céphalées primaires

Près de 90 % des consultations pour céphalée en première ligne sont en lien avec une céphalée primaire [9]. Comme son nom le dit, la céphalée primaire n'est pas causée par une pathologie sous-jacente. La cause est intrinsèque, elle est le plus souvent reliée à une hyperactivité ou une anomalie des récepteurs sensoriels intracrâniens. Plusieurs autres éléments peuvent avoir un rôle dans la céphalée primaire dont la génétique ainsi que l'activité chimique cérébrale, l'homéostasie intracérébrale, la vascularisation, les nerfs et les muscles de la tête et du cou [10]. Dans cette classe, on retrouve les migraines avec ou sans aura, les migraines chroniques et les migraines avec complications comme

Tableau 1. Examen neurologique sommaire [5-35-36-37-38].

Questions clés à se poser en général

CHANGEMENT COGNITIF OBSERVÉ ?

- Confusion
- Altération de l'état de conscience
- Trouble du langage

DÉFICIT DE LA FONCTION MOTRICE ET SENSITIVE, DÉFICIT DE LA COORDINATION ET DE L'ÉQUILIBRE ?

SYMÉTRIE ENTRE LE CÔTÉ DROIT ET GAUCHE ?

- Symétrie faciale
- Manœuvre de serment ou test de barré

Examen neurologique de Mme Lespérance	Résultat	Explications
<p>État mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • État de conscience <ul style="list-style-type: none"> - Orientation dans les trois sphères • État d'éveil <ul style="list-style-type: none"> - Réponse verbale • Langage <ul style="list-style-type: none"> - Fluidité du discours - Aphasie (Expression) - Dysarthrie (Articulation) 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientée dans les trois sphères • Alerté • Fluide, pas de dysarthrie 	<p>Une détérioration de l'état mental est le premier signe de détérioration neurologique et un signal d'alarme. Peut indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saignement, une lésion, une infection intracrânienne ou de l'HTIC <p>La dysarthrie et l'aphasie peuvent indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC, une tumeur ou une hémorragie cérébrale
<p>Nerfs crâniens (NC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nerf II : nerf optique <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la vision avec le test des champs visuels par confrontation • Nerfs III-IV-VI : nerf oculomoteur commun et externe ou trochléaire <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer les mouvements oculaires avec le test des positions cardinales - Évaluer la contraction et la dilatation de la pupille • Nerf VII : nerf facial <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer la mobilité et la symétrie faciale (sourire en montrant les dents, lever les sourcils, gonfler les joues) 	<ul style="list-style-type: none"> • II : Champs visuels normaux, pas de changement au niveau de la vision • III-IV-VI : PERRLA 4mm, mouvements oculaires normaux, pas de nystagmus • VII : Pas d'asymétrie faciale, bonne mobilité du visage 	<p>Une atteinte du nerf II peut indiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte de vision : artérite temporale • Baisse de vision : glaucome • Perte des champs visuels : HTIC ou tumeur <p>Une atteinte du nerf III-IV-VI peut indiquer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC • Tumeur <p>Une atteinte du nerf VII peut indiquer un AVC</p>
<p>Fonction motrice et cérébelleuse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forces musculaires membres supérieurs (MS) <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer en appliquant une résistance contre amplitude normale - Évaluer la manœuvre de serment (Barré) • Forces musculaires membres inférieurs (MI) <ul style="list-style-type: none"> - Évaluer en appliquant une résistance contre amplitude normale • Démarche <ul style="list-style-type: none"> - Coordination et équilibre 	<ul style="list-style-type: none"> • MS : normal • MI : normal • Démarche normale 	<p>Faiblesse musculaire possible en présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC • Tumeur • Plus rarement : migraines hémiplegiques
<p>Fonction sensitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilité MS et MI : <ul style="list-style-type: none"> - Toucher superficiel 	<ul style="list-style-type: none"> • Bonne sensibilité 	<p>Parfois altérée en présence d'aura avec symptôme sensitif ou AVC</p>

les status migraineux (migraine sévère qui persiste depuis plus de 72 heures). Il y a également les céphalées de tension dont la fréquence est variable. Cette catégorie comprend également les céphalées trigémino-autonomes, qu'on appelle aussi «algies vasculaires», dont les céphalées de Horton. Enfin, on y retrouve certains autres types de céphalées moins fréquentes telles que les céphalées causées par des éléments déclencheurs comme l'effort, la toux ou les relations sexuelles. Bien que causées par des éléments déclencheurs, ces dernières sont catégorisées comme des céphalées primaires de par leur présentation qui est semblable [10].

Les céphalées secondaires

Quant aux céphalées secondaires, elles ne représentent que 10 % des motifs de consultation pour céphalée, mais comme elles sont le symptôme d'une pathologie sous-jacente, il faut être très vigilant avec ces types de céphalées et bien savoir les reconnaître [9-10]. Les principales causes de céphalées secondaires qu'on peut retrouver à l'urgence sont les suivantes [8] :

- Traumatismes crâniens ou de la colonne cervicale ;
- Causes vasculaires : Accident ischémique transitoire et accident vasculaire cérébral, hémorragie intracrânienne, artérite temporale ;
- Tumeurs intracrâniennes : Néoplasie primaire du cerveau ou

Tableau 2. Pathologies neurologiques graves [6-32-35-36-39]

HYPOTHÈSE	QUESTIONNAIRE	EXAMEN PHYSIQUE CIBLÉ
Infections intracrâniennes (Ex : Méningite, encéphalite, abcès)	<ul style="list-style-type: none"> • Raideur de la nuque • Température • Aspect modérément abattu (état grippal très septique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Signes vitaux • Kernig et Brudzinski positifs • Manœuvre de Jolt positive • Examen neurologique sommaire (Tableau 1) <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte de l'état de conscience - Atteinte possible de certains nerfs crâniens
Hémorragie cérébrale (Ex : HSA, HSD)	<ul style="list-style-type: none"> • Pire céphalée de la vie • Violente, subite • Photophobie, sonophobie • Hyperesthésie • Exacerbée à l'effort le plus souvent • Parfois nausée et vomissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique sommaire (Tableau 1) <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte de l'état de conscience - Atteinte de certains nerfs crâniens (Surtout NC III) - Réflexe cutané plantaire possiblement positif • Kernig et Brudzinski positif <ul style="list-style-type: none"> - Raideur de la nuque possible
AVC	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit neurologique qui persiste dans le temps • Peut ne pas avoir de céphalée associée 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique sommaire + Cincinnati positif <ul style="list-style-type: none"> - Asymétrie faciale - Asymétrie corporelle (faiblesse musculaire) - Trouble du langage
Artérite temporale	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble visuel <ul style="list-style-type: none"> - Perte de la vision partielle ou complète - Diplopie - Hallucinations • Claudication de la mâchoire ou de la langue • Fièvre • Rarement brutal • Surtout > 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalie de l'artère temporale : <ul style="list-style-type: none"> - Rougeur - Gonflement - Diminution du pouls - 30 % normal - Plus ferme et douloureuse au toucher • Atteinte nerf crânien II
Hypertension intracrânienne	<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée exacerbée en position couchée • Vomissement en jet • Tinnitus 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen neurologique sommaire (Tableau 1) <ul style="list-style-type: none"> - Atteinte de l'état de conscience - Atteinte des certains nerfs crâniens (Surtout NC VI) - Œdème papillaire - Babinski positif • Changement des SV <ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la fréquence cardiaque/respiratoire - Augmentation TA

métastases cérébrales;

- Hypertension intracrânienne (HTIC);
- Causes infectieuses : Méningite, encéphalite, sinusite, otite moyenne, abcès dentaire;
- Habitudes de vie et environnement : Abus ou sevrage de substances comme l'alcool, la caféine, les médicaments ou certaines drogues, déshydratation, intoxication au monoxyde de carbone.

Les névralgies et neuropathies

En ce qui concerne les névralgies, elles sont causées par une irritation au niveau d'un nerf causant une douleur qui s'étend le long du trajet nerveux. Dans cette dernière classe, on retrouve les lésions des nerfs crâniens et les douleurs faciales comme la névralgie du trijumeau, la névralgie d'Arnold ou les douleurs neuropathiques centrales [8].

Afin de mieux comprendre les différentes présentations cliniques des céphalées primaires et névralgies qui représentent des motifs fréquents de consultation à l'urgence, nous avons élaboré un tableau comparatif. (Voir tableau 3).

MISE EN SITUATION – DEUXIÈME PARTIE

En revenant sur la situation de Mme Lespérance, on remarque qu'elle a presque tous les critères correspondants à la migraine. La patiente est donc installée dans le secteur civière afin d'être prise en charge rapidement par le médecin, soit en moins de 15 minutes selon la priorité accordée. Après son évaluation, l'urgentologue pose un diagnostic de migraine tel que vous le soupçonniez.

Vous recevez une prescription afin d'administrer du métoclopramide (maxéran) 10 mg intraveineux (IV) immédiatement (STAT) ainsi qu'un bolus de solution saline NaCl 0,9 % 500 ml IV. En effet, le métoclopramide a d'abord un effet anti-nauséux, mais il est également reconnu dans la littérature pour son effet antimigraineux [11-12]. Son mécanisme d'action envers les migraines est peu connu, mais il est suggéré qu'il obtient son effet grâce à son mécanisme antagoniste des récepteurs dopaminergiques [13]. Ce traitement agira donc à deux niveaux chez notre patiente qui éprouve des nausées en plus d'une migraine. Le médecin a également choisi de lui administrer un bolus afin d'assurer une hydratation optimale chez Mme Lespérance puisqu'elle n'a pas été en mesure de s'alimenter depuis plus de 24 heures. En effet, il a été démontré qu'une hydratation parentérale favorise le soulagement de la douleur migraineuse lorsqu'elle est reçue en combinaison avec un autre médicament comme le métoclopramide [14].

Elle est rapidement bien soulagée par le traitement reçu. Afin d'assurer un soulagement optimal et diminuer le risque de récurrence, le médecin décide de la garder en observation pour deux heures. Il a effectivement été démontré que le soulagement de la migraine était mieux 1 à 2 heures après le traitement parentéral [15].

LA PRISE EN CHARGE DE LA MIGRAINE

La migraine comporte deux différents types soient celui avec aura ou sans aura [8]. Certains patients éprouvent un prodrome, c'est-à-dire des signes annonciateurs de la migraine, tels que la fatigue, une humeur dépressive, une frustration inhabituelle et des envies soudaines de certains aliments [8]. Les prodromes peuvent varier en temps allant de 2 à 48 heures. Ensuite, certains patients peuvent présenter des auras sous forme de symptômes visuels, sensitifs ou des troubles moteurs et de la parole [8]. L'aura précède généralement la crise et est d'une durée moyenne de 30 minutes. Les prodromes et les auras peuvent varier d'une personne à l'autre, mais leur présentation demeurera toujours identique pour une même personne [8]. La migraine touche près de 2,7 millions de Canadiens. La prévalence la plus importante est chez les femmes entre 30 et 49 ans, il s'agit donc de personnes en âge de travailler et d'avoir un mode de vie actif. En effet, 70 % des patients migraineux sont sur le marché du travail. Les crises migraineuses sont d'autant plus invalidantes pour cette clientèle qui mène une vie active. Bien que plusieurs solutions puissent leur être offertes, la clientèle manque souvent d'information quant à leur maladie [16]. Selon Dre Heather Pim, neurologue et présidente de Migraine Québec, la prise en charge de cette clientèle passe en premier lieu par l'éducation [17]. L'infirmière a donc un rôle à jouer dans l'enseignement au patient. Une fois la situation stabilisée, il est important, même en contexte d'urgence de prendre le temps de s'intéresser aux préoccupations du patient.

Pour débiter l'enseignement, vous pouvez introduire la discussion en commençant avec la question unique suggérée par Duhamel : « Si je pouvais vous aider avec un élément aujourd'hui lequel serait prioritaire? » [19]. Cela permettra tout d'abord de créer une relation de confiance, de comprendre ses besoins et de mieux accompagner la personne dans son épisode de soins [18-19-20]. Cette discussion centrée sur le client favorise également une meilleure adhésion au plan de traitement proposé au congé grâce à la compréhension de sa situation de santé et une meilleure satisfaction sur les soins prodigués [21-22].

MISE EN SITUATION – TROISIÈME PARTIE

Au congé, vous débutez donc une conversation thérapeutique en utilisant la question unique. Elle se met à pleurer et affirme qu'elle a peur pour son emploi. Elle vous demande un billet d'arrêt de travail. De plus, elle ajoute que ce n'est pas la première fois ce mois-ci qu'elle manque du travail à cause de ses migraines. Selon Statistique Canada, environ 36 % des gens qui souffrent de migraine ont déclaré minimalement une journée d'absentéisme au travail dans les trois derniers mois et un lien a été démontré avec une baisse de productivité [16]. En plus des répercussions professionnelles, près d'une personne sur quatre se limite dans ses activités personnelles et sociales, 53 % ont évité de conduire en présence de migraine et 76 % ont indiqué avoir une perturbation du sommeil [16]. Vous réalisez donc l'impact de sa maladie sur son quotidien et vous vous questionnez sur l'existence d'outils qui ►

Tableau 3. Céphalées primaires et névralgies fréquentes à l'urgence. [5-8-11-36-39]

TYPE	PROVOQUÉ/PALLIÉ	QUANTITÉ/QUALITÉ	RÉGION /IRRADIATION	SIGNES/SYMPTÔMES	TEMPS/DURÉE
Céphalées					
Céphalée de tension	<ul style="list-style-type: none"> Soulagée par Tylenol/AINS Ø changement à l'effort 	<ul style="list-style-type: none"> Compression, étai Légère à modérée Non pulsatile 	<ul style="list-style-type: none"> Bilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Photophobie ou sonophobie mais pas les deux 	<ul style="list-style-type: none"> Durée 30 min à 7 jours Relation étroite avec périodes de stress prolongées
Migraine	<ul style="list-style-type: none"> Aggravée par l'effort Soulagée par la noirceur et le sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> Pulsatile Modérée à sévère 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Nausée/Vomissement Photophobie Sonophobie Possibilité d'aura 	<ul style="list-style-type: none"> 4-72h Lien étroit avec cycle menstruel
Céphalées trigémino-autonomes (Horton)	<ul style="list-style-type: none"> Ø changement à l'effort Non soulagée par analgésie 	<ul style="list-style-type: none"> Très sévère Arrachement Brûlure 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale orbitale OU Orbito-temporale 	<ul style="list-style-type: none"> Agitation Larmolement Rougeur du visage Diaphorèse Myosis Œdème palpébral 	<ul style="list-style-type: none"> Durée 15 min à 3 h Surtout la nuit ou le matin Peut survenir jusqu'à 8 fois par jour
Névralgies					
Trijumeau	Déclenchée par : <ul style="list-style-type: none"> Le toucher Stimuli tactiles au visage (Brossage de dents) 	<ul style="list-style-type: none"> Très intense Choc électrique 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Rougeur faciale Unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Très courte durée et répétitive (Fraction de secondes à 2 minutes)
Arnold	Provoquée par : <ul style="list-style-type: none"> Le froid Stimuli tactiles au cuir chevelu Spontanée 	<ul style="list-style-type: none"> Choc électrique Coup de couteau Intense 	<ul style="list-style-type: none"> Unilatérale (parfois bilatérale) Occipitale irradiant à la région ophthalmique 	<ul style="list-style-type: none"> Paresthésies à la région douloureuse Spasmes musculaires cervicaux Allodynie unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> Début soudain Quelques secondes à quelques minutes Attaques récurrentes

pourrait quantifier cet impact.

LES OUTILS D'ÉVALUATION DE L'IMPACT DES CÉPHALÉES

Il existe plusieurs outils qui facilitent l'évaluation de l'impact des céphalées. Le plus simple à utiliser en contexte de soins d'urgence est le *Headache Impact Test* (HIT-6) puisqu'il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation de seulement six questions sur la sévérité de la douleur, la fatigue, l'irritabilité, la concentration et la limitation dans les activités. Le client attribue une cote allant de « jamais » à « toujours ». Chaque réponse compte pour 6 à 13

points selon le degré de gravité attribué. Plus le total de points est bas, moins l'impact est important [23]. (Voir figure 1).

Ensuite, vous pouvez également utiliser le questionnaire *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) qui quantifie le nombre de jours d'absence à l'école ou au travail, l'absence dans les activités familiales et la productivité dans les activités de la vie quotidienne et domestique. Ce questionnaire comporte cinq questions visant à quantifier le nombre de jours de limitation dans les trois derniers mois et le nombre de jours total détermine la sévérité de l'impact fonctionnel [23].

MISE EN SITUATION – QUATRIÈME PARTIE

Après lui avoir fait remplir le questionnaire HIT-6, son résultat de 57 vous fait réaliser que ses migraines ont un impact modéré sur son fonctionnement. Un programme d'enseignement adapté chez les patients avec un impact fonctionnel modéré à sévère démontre une amélioration significative de la qualité de vie chez ces patients [42]. Vous décidez donc de la questionner sur ses connaissances en lien avec la prise en charge de ses migraines. Vous constatez qu'elle n'est pas en mesure d'identifier les éléments déclencheurs, qu'elle connaît brièvement sa médication et qu'elle ne sait pas comment utiliser efficacement son traitement. Lors de votre entretien, elle réalise qu'elle est très stressée puisqu'elle a un nouvel emploi depuis trois mois et elle consomme beaucoup plus de café depuis qu'elle a commencé ce travail. Puisque

la prise en charge optimale de la migraine inclut des moyens pharmacologiques et non pharmacologiques [5], vous décidez donc de débiter l'enseignement, tout en vous assurant qu'elle consent à le recevoir.

TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES

Reconnaître les déclencheurs

Un déclencheur est un élément qui accentue le risque d'avoir une migraine (Voir tableau 4). Afin de mieux les reconnaître, il est recommandé de remplir un journal des migraines [27]. En plus d'identifier les déclencheurs, le journal permet d'évaluer l'effet du traitement, de détecter les abus médicamenteux et de faciliter l'élaboration d'un plan de traitement adapté au patient [5]. Il existe plusieurs modèles de calendrier, dont certaines applications sur téléphone intelligent qui peuvent faciliter la réalisation du journal. ► (Voir tableau 4).

Figure 1. Questionnaire *Headache Impact Test* (HIT-6) [23]

	Jamais	Rarement	De temps en temps	Très souvent	Tout le temps
Lorsque vous avez des maux de tête, à quelle fréquence la douleur est-elle intense ?					
À quelle fréquence votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes, y compris les tâches ménagères, le travail, les études ou les activités sociales, est-elle limitée à cause de vos maux de tête ?					
Lorsque vous avez des maux de tête, à quelle fréquence souhaiteriez-vous avoir la possibilité de vous allonger ?					
Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) trop fatigué(e) pour travailler ou effectuer vos activités quotidiennes à cause de vos maux de tête ?					
Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou irritable à cause de vos maux de tête ?					
Au cours de ces 4 dernières semaines, à quelle fréquence votre capacité à vous concentrer a-t-elle été limitée à cause de vos maux de tête ?					
Il faut d'abord calculer le nombre de points total obtenu pour chaque colonne. Pour obtenir le score final, il faut additionner le nombre de points total de chaque colonne.	6 points par réponse	8 points par réponse	10 points par réponse	11 points par réponse	13 points par réponse
Total par colonne					
Grand total :					
Moins de 49 : Aucun impact; 50-55 : Impact léger; 56-59 : Impact modéré; Plus de 60 : Impact sévère					

* Tableau inspiré de Yang, Rendas-Baum, Varon, et Kosinski [23].

Modification des habitudes de vie

Alimentation. Le jeûne, la déshydratation ou les horaires de repas irréguliers peuvent contribuer aux céphalées [5]. Il est donc suggéré de manger des repas réguliers et de maintenir une bonne hydratation, soit 2 à 3 litres d'eau par jour en l'absence de contre-indication [28]. On recommande également de limiter la consommation de caféine puisqu'un changement dans la consommation peut causer des céphalées surtout lorsque la consommation dépasse 200 mg de caféine par jour depuis plus de deux semaines [8]. À titre d'exemple, une tasse de café filtre contient jusqu'à 179 mg de caféine, un thé jusqu'à 50 mg et un coca-cola jusqu'à 50 mg [26].

Alcool, drogues et tabagisme. Puisque l'alcool, le tabagisme et certaines drogues sont reconnus comme éléments déclencheurs de migraine, il serait préférable de limiter leur consommation chez les personnes qui les ont identifiés comme déclencheurs [29].

Activité physique. Les recommandations entourant l'activité physique sont similaires à la population en générale soit de 150 minutes d'activité modérée par semaine [30]. L'activité physique intense pouvant exacerber le risque de développer une migraine. De plus, l'activité physique contribue à améliorer la gestion du stress, les habitudes alimentaires et de sommeil [30].

Sommeil et stress. Il est suggéré d'avoir une routine de sommeil régulière, d'avoir un nombre d'heures de sommeil suffisant et d'avoir de bons comportements d'hygiène de sommeil [5]. La gestion du stress est un autre élément à enseigner. Différentes solutions sont recommandées dans la littérature : des techniques de relaxation et de respiration, la musicothérapie, la méditation, le yoga ou la massothérapie sont des stratégies pouvant être offertes [5]. Aussi, l'acupuncture a été démontrée comme étant aussi efficace que le traitement prophylactique de la migraine et peut, par le fait même aider à réduire le stress [24].

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Traitement de la crise aiguë

Le traitement généralement prescrit en première intention pour les crises aiguës peut comporter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) tels que l'Ibuprofène et le Naproxène sodique, l'Acétaminophène ou une combinaison des deux. Par contre, il faut être prudent avec leur utilisation, car il y a un risque de céphalée médicamenteuse, dite céphalée de rebond. Dans ce cas-ci, il faut limiter la prise d'Acétaminophène et d'Ibuprofène à moins de 15 jours par mois [5-8]. À noter que l'analgésie en combinaison peut également comporter des risques de céphalée secondaire à une consommation excessive, surtout si la co-analgésie est utilisée plus de trois jours/semaine [32].

En deuxième intention, lorsque la migraine est réfractaire aux moyens pharmacologiques utilisés en première intention, les



médecins envisagent les Triptans, comme le Sumatriptan et l'Élétriptan. Les Triptans sont des agonistes sélectifs des récepteurs 5HT utilisés dans le traitement des crises aiguës de migraine. Cependant, il faut également réitérer l'importance de respecter la fréquence et la dose prescrite, puisque l'abus de ces médicaments présente aussi un risque de céphalée médicamenteuse. Pour cette classe, il faut limiter la consommation à moins de dix jours par mois, surtout si le médicament est pris depuis plus de trois mois [5-8]. Comme autre traitement de deuxième intention, la Dompéridone et le Métoprolol peuvent être utilisés lorsque les nausées accompagnent la migraine. En troisième intention, on parle surtout d'une combinaison Triptan avec AINS qui pourrait améliorer la réponse et diminuer les récurrences [5-33].

Il y a un moment précis pour utiliser le traitement de la crise aiguë et cette information doit figurer dans l'enseignement à donner au patient. Il n'est pas nécessaire de prendre la médication durant le prodrome puisque celui-ci peut s'étendre sur plusieurs heures. Par contre, lorsque la crise débute, soit à une intensité légère, c'est le moment idéal pour prendre le traitement. Inutile d'attendre que la migraine ait atteint une intensité élevée, il sera trop tard et le traitement sera inefficace [34]. Ce principe de traitement est fondamental puisque, souvent, les patients ne prennent pas leur médicament au bon moment, ce qui le rend inefficace.

Traitement en prophylaxie

Certains patients nécessitent un traitement en prophylaxie lorsque les migraines sont fréquentes et entraînent un impact fonctionnel. On peut retrouver dans leur profil pharmaceutique des bêtabloquants, comme le Propranolol (Indéral) et le Nadolol (Corgard), des antidépresseurs, comme l'Amitriptyline (Élavil) et le Nortriptyline (Anventyl), ou encore des anticonvulsifs comme le Topiramate (Topamax) utilisés en prévention contre la migraine. Plusieurs autres molécules peuvent être utilisées en traitement prophylactique de deuxième ou troisième intention [5].

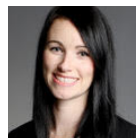
Tableau 4. Principaux déclencheurs de la migraine [25-26-28-29]

Déclencheurs en lien avec l'alimentation	Autres déclencheurs
<ul style="list-style-type: none">• Sauter un repas ou le jeûne• Aliments qui contiennent des additifs alimentaires<ul style="list-style-type: none">Glutamate monosodique (MSG)<ul style="list-style-type: none">- Nourriture chinoise- Mets emballés et préparésAspartame et autre édulcorantNitrite<ul style="list-style-type: none">- Viande en conserve- Charcuterie- Produits transformésExtrait de levure• Boisson :<ul style="list-style-type: none">Alcool et vin rougeExcès et sevrage de caféine• Nourriture :<ul style="list-style-type: none">Aliments salés ou grasCertains fruits, légumes : Oignons, haricots, agrumesProduits laitiers :<ul style="list-style-type: none">- Crème,- Yogourt- Certains fromages (vieillis et forts)Poisson fuméOeufsNoisettes	<ul style="list-style-type: none">• Stress<ul style="list-style-type: none">Toute forme de stress, autant au travail que familial• Stimuli sensoriels<ul style="list-style-type: none">Lumière très brillanteSons de forte intensitéOdeurs fortes<ul style="list-style-type: none">- Parfums- Peinture• Habitudes de vie<ul style="list-style-type: none">Changement dans les habitudes de sommeilDécalage horaireTabagisme et fumée secondaireDrogues (surtout cocaïne)• Facteurs physiques<ul style="list-style-type: none">Activité physique intenseActivités sexuelles• Médication<ul style="list-style-type: none">Contraceptifs oraux et remplacements hormonauxVasodilatateurs<ul style="list-style-type: none">- Nitroglycérine• Changements hormonaux<ul style="list-style-type: none">Fluctuations d'œstrogène<ul style="list-style-type: none">- Cycle menstruel- Grossesse- Ménopause

RESSOURCES À OFFRIR AU PATIENT

Afin de mieux accompagner les patients qui consultent à l'urgence pour cette problématique, une panoplie d'outils peut leur être recommandée. Migraine Québec (migrainequebec.com) et Migraine Canada (migrainecanada.org) sont des ressources que tout patient atteint de céphalée devrait connaître [17, 40]. Une autre ressource intéressante est le site internet Parlons migraine (parlonsmigraine.ca). On y retrouve notamment un questionnaire de prévention des migraines et un guide de discussion avec le médecin contenant toute l'information importante à collecter avant sa visite médicale [41].

À la lecture de cet article, il est important de retenir que l'infirmière joue un rôle primordial dans l'évaluation rigoureuse de la céphalée pour identifier les signaux d'alarme. Son rôle est également essentiel dans la prise en charge de l'impact fonctionnel que peut avoir la céphalée. Enfin, l'enseignement que l'infirmière prodigue sur les moyens non pharmacologiques et pharmacologiques est précieux pour le congé du patient et améliorera ainsi sa qualité de vie. ■



Les auteures
Jessie Carrier, inf., M. Sc., IPSPL
CISSS Montérégie-Est



Nathalie Amiot, inf., M. Sc., IPSSA
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

RÉFÉRENCES

- [1] Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al. *Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence. Douleurs — Évaluation — Diagnostic — Traitement*. 2018; 19: 4-16.
- [2] Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. *Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice*. *J Head Pain*. 2018; 19(1): 17.
- [3] Pringsheim T, Davenport WJ, Mackie G, Worthington I, Aubé M, Christie SN, et al. *Canadian Headache Society Guideline for Migraine Prophylaxis*. *Can J Neurol Sci*. 2012; 39(2): 1-59.
- [4] *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège de médecins du Québec (CMQ). Triage à l'urgence. Lignes directrices*. (2^e éd.). Montréal, Canada : OIIQ et CMQ ; 2019. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>
- [5] Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. *Lignes directrices sur la prise en charge en soins primaires des céphalées chez l'adulte*. *Canadian Family Physician*. 2015; 61: e353-e364.
- [6] Dodick DW. *Pearls: Headache. Seminars in Neurology*. 2010; 30(1): 74-81.
- [7] *Association canadienne des médecins d'urgence. Echelle canadienne de triage et de gravité : programme d'éducation combiné adultes/pédiatrie : manuel du participant*. 2011. Repéré à http://ctasphctas.ca/wp-content/uploads/2018/05/participant_manual_v2.4.pdf
- [8] *International Headache Society. The International Classification of Headache Disorder, 3rd edition*. Cephalalgia. 2018; 38(1): 1-211.
- [9] *Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Indications justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic des patients présentant une céphalée primaire ou secondaire*. 2019. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_Cephalée_tire_a_part.pdf
- [10] *Mayo clinic staff. Symptoms Headache*. 2018. Repéré à <https://www.mayoclinic.org/symptoms/headache/basics/causes/sym-20050800>
- [11] Moisset X, Mawet J, Guegan-Massardier E, Bozzolo E, Gilard V, Tollard E, et al. *Recommandations pour la prise en charge d'une céphalée en urgence. Douleurs — Diagnostic — Traitement*. 2018; 19: 4-16.
- [12] Orr SL, Aube M, Becker WJ, Davenport WJ, Dili E, Dodick D, et al. *Canadian Headache Society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency settings*. *Cephalalgia*. 2015; 35(3).
- [13] Kelly AM. *Migraine: pharmacotherapy in the emergency department*. *J Accid Emerg Med*. 2010; 17: 241-245.
- [14] Gupta S, Oosthuizen R, Pulfrey S. *Treatment of acute migraine in the emergency department*. *Canadian Family Physician*. 2014; 60(1): 47-49.
- [15] Sumamo Schellenberg E, Dryden DM, Pasichnyk D, Ha C, Vandermeer B, Friedman BW, et al. *Acute Migraine Treatment in Emergency Settings*. *Agency for Healthcare Research and Quality*. 2012; 12(13).
- [16] Ramage-Morin PL, Gilmour H. *Prévalence de la migraine chez la population à domicile au Canada*. *Statistique Canada*. 2014. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2014006/article/14033-fra.htm>
- [17] *Migraine Québec. Accueil*. 2019. Repéré à <https://migrainequebec.com/>
- [18] *Phaneuf M. La relation soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique (2^e éd.)*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation ; 2016.
- [19] *Duhamel F. La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers. (3^e éd.)*. Montréal : Chenelière

éducation ; 2015.

- [20] *Reny P. Savoir communiquer pour mieux aider : la communication aidante et pédagogique en soins infirmiers dans le domaine de la santé. (2^e éd.)*. Montréal, Québec, Canada : Pearson ERPI ; 2018.
- [21] *McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing*. *J Adv Nurs*. 2006; 56(5): 472-479.
- [22] *McCormack B, McCance TV. Person-Centred Nursing: Theory and Practice*. Hoboken: Hoboken: John Wiley & Sons ; 2010.
- [23] *Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6) across episodic and chronic migraine*. *Cephalalgia*. 2011; 31(3): 357-367.
- [24] *Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA, et al. Acupuncture for the prevention of episodic migraine*. *Cochrane Library*. 2016; 28(6).
- [25] *Mayo Clinic Staff. Migraine*. 2019. Repéré à <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/migraine-headache/symptoms-causes/syc-20360201>
- [26] *Toward Optimized Practice [TOP] et Institute of Health Economic Alberta Canada [IHE]. (2013). Food triggers, caffeine and migraine attacks*. Dans *Toward Optimized Practice [TOP] et Institute of Health Economic Alberta Canada [IHE]. (2016). Primary care management of headache in adults clinical practice guideline*. Repéré à <https://actt.albertadoctors.org/CPGs/Lists/CPGDocumentList/Primary-Care-Management-of-Headache-in-Adults.pdf>
- [27] *Migraine Québec. Calendriers*. (2019a). Repéré à <https://migrainequebec.com/calendriers/>
- [28] *Migraine Québec. L'alimentation et les migraines - Questions fréquentes, réponses utiles*. (2012a). Repéré à https://migrainequebec.com/wp-content/uploads/2017/03/nutrition_migraine.pdf
- [29] *Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack*. *Cephalalgia*. 2007; 27:394-402.
- [30] *Migraine Québec. L'exercice et les migraines - Questions fréquentes, réponses utiles*. (2013). Repéré à https://migrainequebec.com/wp-content/uploads/2017/03/exercice_migraine.pdf
- [31] *Migraine Québec. La gestion du stress - Questions fréquentes, réponses utiles*. (2012 b). Repéré à https://migrainequebec.com/wp-content/uploads/2017/03/stress_migraine.pdf
- [32] *Lanthier L. Guide pratique de médecine interne. (7^e éd.)*. Trois-Rivières, Québec : Les éditions Formed ; 2018.
- [33] *Messier K, Lapierre M. Les triptans, quel casse-tête ! Le Médecin du Québec*. 2013; 48(1).
- [34] *Wood JJA, Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine— Current understanding and treatment*. *New Eng J Med*. 2002; 346(4).
- [35] *Bates B. Guide de l'examen clinique. (7th ed.)*. Montrouge, France : John Libbey ; 2014.
- [36] *Doyon O, Longpré S. Évaluation clinique d'une personne symptomatique*. Montréal, Canada : ERPI ; 2016.
- [37] *Letendre JF. Guide pratique de médecine clinique. (5^e éd.)*. Anjou, Canada : Éd. Saint-Martin ; 2010.
- [38] *Rizzoli P, Mullaly WJ. Headache*. *Am J Med*. 2018; 131(1): 17-24.
- [39] *Starling AJ. Diagnosis and Management of Headache in Older Adults*. *Mayo Clinic Proceedings*. 2018; 93(2): 252-262.
- [40] *Migraine Canada. Home*. 2019. Repéré à <https://migrainecanada.org/>
- [41] *Parlons Migraine. Outils et ressources*. 2019. Repéré à <https://www.parlonsmigraine.ca/outils-ressources/>
- [42] *Rendas-Baum R, Yang M, Varon SF, Bloudek LM, DeGryse RE, Kosinski M. Validation of the headache impact test (HIT-6) in patients with chronic migraine*. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2015; 12 (117).

PRINTEMPS
2021

Granby

JONGLER AVEC
LES TRANSITIONS
UN RÉEL
DÉFI!

37^e  Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en santé mentale
(AQISM)
Colloque annuel

Œuvre de Lyne Gravel



RECHERCHE

La famille au chevet du patient en salle de réanimation : comment les infirmières le vivent-elles réellement ?

LA PRÉSENCE DE LA FAMILLE AU CHEVET DU PATIENT en salle de réanimation à l'urgence représente parfois une pratique controversée. Toutefois, en de telles circonstances, il semblerait que les familles désirent demeurer auprès du patient. Afin de répondre à ce besoin, un protocole favorisant la présence d'un membre de la famille en salle de réanimation a été mis en place à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi. Pour les infirmières, cette nouvelle pratique représente un grand changement. Cette étude qualitative explore donc les perceptions de huit infirmières d'urgence ayant vécu à plusieurs reprises la présence d'un membre de la famille auprès du patient en salle de réanimation.

par Dominique Labbé et Suzanne Aucoin

INTRODUCTION

La prise en charge d'un patient présentant un état critique en salle de réanimation fait partie intégrante du quotidien de l'infirmière. Pour la famille du patient, cette situation représente souvent une expérience difficile et inattendue lui causant de l'anxiété et de nombreuses inquiétudes [1-4]. Malgré ce ressenti, la majorité des familles vivant cette situation désire demeurer auprès de leur proche présentant un état critique, et ce, même lors des soins invasifs [5, 6]. Bien que des recherches aient mis en évidence les avantages à favoriser la présence de la famille en salle de réanimation [2, 7, 8], cette façon de faire n'est pas courante dans bien des milieux [9].

En effet, en dépit de la recommandation de l'American Heart Association (AHA) d'offrir la possibilité à la famille d'être présente lors des manœuvres de réanimation [10], il semble que celle-ci soit exclue de la majorité des situations de soins se déroulant en

salle de réanimation [11-13]. De fait, seulement 5 % des milieux cliniques ont une politique écrite à ce sujet [14]. Cependant, depuis plusieurs années, certaines associations telles que l'Emergency Nurses Association (ENA) (depuis 1993) et le Royal College of Nursing (depuis 1995) [15] encouragent et appuient cette pratique. En cohérence avec cette recommandation, l'ENA propose un guide à l'intention des milieux de soins désirant implanter un protocole relatif à la présence de la famille en salle de réanimation [12].

Dans le but d'adopter une pratique en adhésion avec les données probantes et de répondre aux besoins des familles, l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi s'est dotée, en juin 2011, d'un protocole encadrant et favorisant la présence de la famille en salle de réanimation. Ce protocole est basé sur les lignes directrices de l'AHA [10] et de l'ENA [12].

En réponse à ce changement de pratique, il importe de s'interroger sur le vécu des infirmières quant à l'intégration de la famille du patient en salle de réanimation. À ce jour, plusieurs études ont rapporté l'opinion d'intervenants à ce sujet [14, 16-18]. Cependant, les infirmières questionnées dans ces recherches s'exprimaient tant à propos de leur vécu qu'à propos de leurs craintes — certaines n'ayant même jamais vécu réellement cette situation. Ce faisant, il est parfois difficile de différencier les idées préconçues et le vécu réel des intervenants. La présente étude visait donc à répondre à la question suivante : quel est le vécu des infirmières de l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi lorsqu'un membre de la famille est présent auprès du patient en salle de réanimation? La connaissance du vécu des infirmières s'avère essentielle afin de cibler les forces et les faiblesses de l'instauration de cette approche, et ce, afin d'en assurer la pérennité.

MÉTHODE

Devis

Cette recherche qualitative était basée sur l'approche phénoménologique descriptive. L'utilisation de la phénoménologie permet de décrire les impressions et les sentiments vécus face à l'expérimentation d'une situation donnée [19] afin d'exposer une description consciencieuse et approfondie du phénomène à l'étude et d'en dégager un savoir [20]. L'approche basée sur ce type de devis a permis de décrire en profondeur le vécu des infirmières lors de la présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation.

Milieu et participants à l'étude

Cette recherche s'est déroulée à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi du CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean, le centre de référence en traumatologie de la région. Ce centre est également l'un des centres du Québec regroupant le plus grand nombre de spécialités médicales [21]. Par conséquent, la clientèle y est très diversifiée, soit du nouveau-né à la personne âgée, et ce, dans divers domaines de soins tels que la psychiatrie, la gériatrie, l'orthopédie, etc. L'urgence de ce centre accueille environ 52 000 visiteurs chaque année. De ce nombre, 43 à 55 patients sont pris en charge en salle de réanimation sur une base hebdomadaire selon les rapports internes des assistantes-infirmières-chefs (moyenne des mois de mars à juin 2011 et 2019).

Un échantillon de convenance a été constitué en recrutant les infirmières qui répondaient aux critères d'inclusion au fur et à mesure qu'elles émettaient le désir de participer à la recherche [19]. Au total, huit infirmières ont été recrutées. Les participantes ont chacune vécu entre trois et cinquante situations impliquant la famille, cumulant environ 200 situations en présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation.

Collecte et analyse des données

Dans un premier temps, un questionnaire sociodémographique a permis de dresser un portrait de l'échantillon (voir tableau 1).

Puis, afin de connaître le vécu des participantes, des entrevues semi-structurées audio enregistrées d'une durée de 30-45 minutes ont été effectuées, puis transcrites en verbatim [19, 22]. À l'aide du logiciel QDA-Miner, les données de ce projet de recherche ont ensuite été analysées selon les sept étapes de la méthode de Colaizzi [23].

Considérations éthiques

Cette recherche a respecté les règles éthiques relatives à la recherche sur des sujets humains [24]. Elle a reçu l'approbation des comités scientifique et éthique du CIUSSS Saguenay-Lac-Saint-Jean et du comité éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Avant chaque entrevue, les participantes ont reçu l'information relative aux modalités de la recherche. Le formulaire de consentement leur a été lu et expliqué préalablement à leur signature. De plus, la confidentialité a été respectée tout au long de ce projet de recherche. Les participantes étaient libres de se retirer à n'importe quel moment sans justification. Une aide psychologique était également prévue advenant le cas où les participantes en éprouveraient le besoin.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Après avoir vécu diverses situations critiques de soins en présence d'un membre de la famille, les infirmières interrogées ont souligné les avantages à opter pour cette pratique, se sont questionnées face à leur habileté à intervenir auprès des familles, ont constaté la nécessité d'une période d'adaptation et, enfin, ont abordé les conditions pour favoriser le succès de cette nouvelle pratique [25]. Ces thèmes et sous-thèmes sont présentés ci-dessous. Le tableau 2 en présente également un résumé.

Les avantages de la présence de la famille

Les avantages recensés par les infirmières semblent l'élément dominant des entrevues. Ces avantages se divisent en trois catégories : les avantages pour la famille, pour le patient et pour l'équipe soignante.

Les avantages pour la famille. Selon les participantes, la présence de la famille en salle de réanimation permet de répondre à leurs besoins de proximité, de se sentir rassurés, d'éprouver la certitude que tout a été fait et de faire confiance à

« Selon les participantes, la présence de la famille en salle de réanimation permet de répondre à leurs besoins de proximité, de se sentir rassurés... »

l'équipe de soins. En effet, une infirmière a affirmé : « Ils avaient une plus grande confiance du fait que là, ils nous voyaient travailler ». De plus, d'autres avantages ont été abordés pour la famille comme le fait d'être mieux informée de l'état du patient, de réaliser davantage l'état de la situation et de se sentir utile. « Moi, ce que je retiens en général c'est que quand on les fait venir, les membres de la famille, ils comprennent plus vite, ils comprennent mieux ce qu'on fait et ils sont moins en attente », a mentionné une autre participante.

Les avantages pour le patient. Les participantes ont également verbalisé sur le principal avantage pour les patients : obtenir du soutien. Une participante a affirmé : « Pour le patient, ça lui apporte vraiment beaucoup de savoir qu'il y a quelqu'un à côté de lui qu'il connaît ».

Les avantages pour l'équipe soignante. Les participantes ont identifié deux avantages pour l'équipe soignante : recevoir de l'aide et recevoir de la reconnaissance. En effet, une infirmière a mentionné : « Quand elle est présente, la famille est capable de nous dire merci et de reconnaître ce qu'on a fait ».

Par ailleurs, bien que les entretiens étaient dirigés vers le vécu des participantes, les infirmières ont spontanément exposé les avantages de cette pratique. Il est alors possible de penser à un biais de désirabilité sociale. En effet, cela a aussi été constaté chez des infirmières au sein de quatre autres recherches, deux études qualitatives descriptives [26, 27], une enquête [14], et une recherche phénoménologique [15]. Il serait alors plausible de conclure qu'un des éléments relatifs au vécu des infirmières en présence de la famille en salle de réanimation se rapporte au fait d'être sensibilisées aux divers avantages de cette pratique.

Les effets de la présence de la famille chez l'infirmière

Selon les participantes, la présence de la famille a de nombreux effets chez l'infirmière sur le plan des sentiments et émotions, des réactions psychologiques, des prises de conscience et des changements d'attitudes.

Sentiments et émotions. En ces circonstances, les infirmières sont amenées à ressentir de multiples émotions et sentiments. Il apparaît que la présence de la famille concède une certaine humanisation, transformant ainsi l'expérience vécue. Durant ces expériences, les infirmières mentionnent s'être senties touchées et tristes : « C'est sûr que pour moi, une famille qui est là, je suis plus sensible. Pis, tout de suite, c'est sûr que les émotions montent », a affirmé une participante. Les infirmières rencontrées se sont également senties mal à l'aise et impuissantes. À ce sujet, une infirmière a dit : « T'sais, t'as pas de bonne place à être, t'as pas de bons mots à dire, mais tu voudrais juste être petite sans trop prendre de place, mais en même temps, t'es en train de masser, t'as pas l'choix (...) ». Une participante a aussi témoigné de l'amplification de son sentiment d'empathie lorsque la famille

assiste aux soins dans ce contexte. Enfin, de manière unanime, les participantes ont éprouvé le sentiment d'avoir agi au mieux dans les différentes situations entraînant ainsi un sentiment de satisfaction : « Pis après ça, y'a le sentiment d'avoir accompli quelque chose », a souligné une participante.

Réactions psychologiques. La présence de la famille amène aussi de nouvelles réactions chez les infirmières telles que le fait d'être influencées par son vécu personnel, de vivre de la résurgence (c.-à-d. se remémorer d'anciens souvenirs) et de faire de la transposition. Par exemple, à ce sujet, une infirmière a dit : « Tu vas un peu plus vers eux autres (les membres de la famille) parce que ça pourrait nous arriver à tous ». D'autres réactions ont aussi été abordées comme le fait d'éprouver du détachement, de vouloir demeurer en contrôle de ses émotions, d'éprouver davantage de stress et de craindre des répercussions psychologiques. Sur ce dernier point, une participante a affirmé : « Ça me fait peur justement à cause que ça vient me chercher, pis que le fait qu'on est un peu laissées à nous-mêmes là-dedans, et qu'on n'a pas de support psychologique (...) ».

Tableau 1. Données sociodémographiques des participantes.

Caractéristiques	Nombre
Âge - Moyenne 32 ans	
23-28	3
29-34	2
35-40	3
Niveau scolarité	
Collégial	2
Universitaire	6
Années expérience infirmière - Moyenne 9 ans	
2-6	2
7-11	4
12-16	1
17-20	1
Années expérience infirmière à l'urgence - Moyenne 8 ans	
2-6	4
7-11	2
12-16	1
17-20	1
Statut emploi	
Temps partiel occasionnel	2
Temps partiel régulier	3
Temps complet	3

Prises de conscience. Selon les dires des participantes, la présence d'un membre de la famille entraîne différentes prises de conscience chez les infirmières. En effet, en cohérence avec plusieurs études [14, 17, 26], les participantes ont réalisé l'importance de favoriser la présence de la famille en salle de réanimation. «Je trouve que c'est bien, la famille a vraiment sa place», a affirmé une participante. D'ailleurs, le nombre de situations vécues impliquant la famille semble également influencer les infirmières. En effet, plus les infirmières vivent des situations en présence de la famille, plus elles y voient une expérience positive et en discernent les avantages [28]. Néanmoins, certaines participantes expérimentent aussi une certaine ambivalence entre leur volonté de favoriser la présence de la famille et leur appréhension vis-à-vis de possibles répercussions négatives. À ce sujet, une participante a dit : «J' pense que l'impact va être peut-être plus tard. Je ne sais pas si avoir cette image-là, c'est bien ou pas». Pourtant, il importe

de rappeler que trois recherches recensées à ce sujet soulignent une diminution du stress et de l'anxiété ressentis par les familles exposées aux soins en salle de réanimation ainsi qu'une absence de répercussion psychologique négative [29-31]. De plus, les participantes de l'étude ont constaté qu'une situation en salle de réanimation impliquait bien plus qu'un patient présentant un état de santé précaire, mais également une famille vivant une situation de crise. En effet, les infirmières disent voir dorénavant le patient comme une personne plutôt que comme un diagnostic ou un problème de santé à traiter : «Ce n'est pas juste un ordinateur que tu réanimas là, tu sais, c'est quand même une personne», a mentionné une participante. Enfin, elles ont aussi constaté que la famille a besoin d'être intégrée et qu'ultimement, la majorité des familles ont démontré un comportement adéquat lors de l'épisode de soins : «Je n'en ai pas de famille, moi, qui n'ont vraiment pas aimé ça ou qui ont mal réagi», a ajouté une autre infirmière.

Tableau 2. Thèmes et sous-thèmes

Premier thème	Deuxième thème
Avantages de la présence de la famille	Effets de la présence de la famille chez l'infirmière
<i>Avantages pour la famille</i>	<i>Sentiments et émotions</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Répondre à son besoin de proximité • Se sentir rassurée • Éprouver la certitude que tout a été fait • Faire confiance à l'équipe de soins • Être mieux informée de l'état du patient • Réaliser davantage l'état de la situation • Se sentir utile 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir touchée • Éprouver de la tristesse • Ressentir un malaise • Ressentir de l'impuissance • Ressentir de la satisfaction
<i>Avantages pour le patient</i>	<i>Réactions psychologiques</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir du soutien au patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Être influencée par son vécu personnel • Vivre de la résurgence • Faire de la transposition • Éprouver du détachement • Demeurer en contrôle de ses émotions • Éprouver davantage de stress • Craindre des répercussions psychologiques
<i>Avantages pour l'équipe soignante</i>	<i>Prises de conscience</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir de l'aide • Recevoir de la reconnaissance 	<ul style="list-style-type: none"> • Croire en l'importance de la présence de la famille • Douter des bénéfices de la présence en toute circonstance • Réaliser que le patient est une personne • Concevoir que la famille vit une situation difficile • Sentir que la famille éprouve des besoins • Constaté que la famille a besoin d'être intégrée • Constaté que la famille a un comportement adéquat
Troisième thème	Changements d'attitude
Période d'adaptation nécessaire	<ul style="list-style-type: none"> • Être moins naturelle • Être plus sérieuse • Démontrer davantage de respect • Redoubler d'efforts
<i>Demande du temps</i>	
<i>Questionnements face aux habiletés à intervenir auprès de la famille</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Constaté que certaines réussissent mieux que d'autres • S'inquiéter de ne pas agir correctement • Éprouver un besoin de formation 	
Quatrième thème	
Conditions de succès	
<i>Évaluation de chaque situation</i>	
<i>Infirmière responsable d'accompagner la famille</i>	
<i>Adoption d'une vision commune par tous les intervenants</i>	
<i>Espace suffisant pour accueillir la famille</i>	

Changements d'attitudes. Les entrevues ont révélé que les participantes modifiaient leurs attitudes lorsque la famille était présente. En effet, une infirmière a mentionné avoir le sentiment d'agir moins naturellement et d'être plus sérieuse : « C'est sûr qu'on n'a pas le même comportement non plus avec une famille en salle de réanimation là (...) ». Les participants ont aussi mentionné démontrer plus de respect envers l'intimité du patient et redoubler d'efforts lors de la présence de la famille en salle de réanimation : « C'est vrai qu'on a tendance encore à plus prendre soin de la personne plutôt que faire juste ton travail (...) », a mentionné une infirmière.

Une période d'adaptation nécessaire

Demande du temps. Dans une perspective de changement de pratique, il s'avère justifié qu'une période d'adaptation soit nécessaire aux infirmières. Lors des entrevues, les participantes ont rapporté le fait que cette pratique demande du temps avant qu'elle soit bien intégrée dans leur routine de soins : « On voit de plus en plus de points positifs face à ça parce qu'on les intègre de plus en plus », a mentionné l'une d'entre elles. Par ailleurs, les participantes ont verbalisé que l'adaptation se réalise entre autres grâce à l'expérimentation de plusieurs situations en présence de la famille. En effet, les infirmières ayant à leur actif un plus grand nombre de situations impliquant la famille intègrent plus aisément cette pratique. En outre, les participantes supposent que plus elles vivront ces situations, plus elles s'y sentiront à l'aise, comme le suggèrent également les participantes de l'étude de Miller et Stiles [15].

« Les résultats exposés dans la présente étude appuient la pertinence de maintenir et de soutenir cette pratique. »

Questionnement face aux habiletés. La présence de la famille suscite un questionnement face aux habiletés des infirmières à intervenir auprès des familles. Ce questionnement se traduit notamment par le fait que les participantes croient que les infirmières expérimentées ont plus de facilité que les infirmières débutantes : « Je trouve que plus le personnel a de l'expérience en salle de réanimation, plus ils sont à l'aise avec la famille », a indiqué une participante. D'autres ont témoigné une crainte de ne pas agir adéquatement dans la situation, tandis que certaines croient qu'elles n'ont pas suffisamment parlé et interagi avec la famille lorsqu'elle était présente. En réponse à ces ressentis, des participantes ont exprimé un besoin de formation. Ainsi, bien qu'elles aient reçu une formation préalable à l'implantation de cette pratique, les infirmières ayant peu vécu de situations

en présence des familles ont présenté un grand besoin de formation.

Les conditions de succès

Évaluation de chaque situation. Afin d'assurer l'intégration favorable d'une telle pratique, des conditions de succès ont été identifiées par les participantes, dont une évaluation préalable à l'inclusion de la famille en salle de réanimation. Pour ce faire, elles affirment prendre en considération l'état du patient, les soins à effectuer, la situation globale et l'aisance de l'équipe à inclure un membre de la famille. « Moi, je pense que c'est du cas par cas », a affirmé une participante. De plus, elles affirment être plus à l'aise avec la famille lors de situations où elles sont plus familières avec les soins à effectuer. En effet, une participante a dit : « Je pense que dans des gros cas critiques, c'est plus difficile d'avoir la famille dans la salle de réanimation. C'est peut-être parce qu'on n'est pas habitué, on l'a toujours fait quand la famille n'était pas là, on s'est habitué à ça ».

Infirmière responsable de l'accompagnement de la famille.

Certaines participantes ont exprimé l'importance d'une personne attirée pour accompagner la famille lors de ces situations. Cette personne compétente peut ainsi assurer un rôle de soutien pour la famille, alors que les membres de l'équipe soignante se concentrent exclusivement sur les soins à donner au patient. « Mais c'est pour ça que c'est bien d'avoir une personne-ressource qui reste avec la famille, et qui lui explique. Comme ça, les autres peuvent faire leur job », a affirmé une infirmière.

Adoption d'une vision commune. Les participantes indiquent que pour assurer la continuité de cette pratique, il importe que tous les intervenants soient ralliés et adoptent une même ligne de conduite. À ce sujet, une participante a mentionné : « J'trouve aussi que des fois ça dépend avec quel médecin on travaille. Y'a des médecins qui sont plus ouverts à ça, y'a des médecins qui sont moins ouverts (...) donc ça, c'est dur ».

Espace suffisant pour accueillir la famille. Les participantes sont d'avis que l'équipe soignante doit pouvoir bénéficier d'un espace suffisant afin d'intervenir comme il se doit auprès du patient tout en s'assurant que la famille puisse également y trouver sa place.

LIMITES

Au moment de la réalisation de cette étude, l'étudiante-chercheuse travaillait comme infirmière et occupait un poste d'assistante-infirmière-chef dans le milieu où s'est déroulée la recherche. De ce fait, elle connaissait bien les participantes, ce qui peut avoir influencé le déroulement des entrevues. Ainsi, les participantes se sont peut-être senties gênées d'exprimer le fond de leur pensée devant une collègue, bien qu'il y ait eu un engagement à la confidentialité. D'un autre côté, puisqu'un lien de confiance était déjà présent, il se peut également que les participantes aient verbalisé davantage. Toutefois, la diversité ▶

des résultats suggère que les participantes ont parlé librement de leur vécu en verbalisant leurs craintes, leurs réticences et leurs multiples émotions et sentiments. La petite taille de l'échantillon représente également une limite. Cependant, la diversité de celui-ci se veut un atout dans la profondeur de la description du phénomène. En effet, l'échantillon est constitué de participantes ayant une grande différence d'âge, d'années d'expérience et de nombreuses situations vécues impliquant la famille.

IMPLICATIONS POUR LES INFIRMIÈRES D'URGENCE

Les résultats présentés mettent en lumière ce que les infirmières d'urgence peuvent vivre lors de la présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation. Les résultats réitèrent l'importance d'offrir le choix à la famille d'être présente. Par ailleurs, il ressort un besoin de formation des infirmières en matière d'approche à la famille en situation de crise, de même que la nécessité d'une période d'adaptation lors de l'implantation de ce changement de pratique.

Les résultats exposés dans la présente étude appuient la pertinence de maintenir et de soutenir cette pratique. D'une part, les infirmières en rapportent les nombreux avantages. D'autre part, bien que les conditions ne semblent pas perçues comme étant toujours favorables à la présence de la famille, cette dernière est tout de même invitée en salle de réanimation, puisque les infirmières croient en l'importance de la présence de la famille, d'autant plus que celle-ci ne nuit pas au déroulement des soins.

CONCLUSION

En somme, la présence d'un membre de la famille du patient en salle de réanimation représente un changement de paradigme et constitue, encore à ce jour, une approche controversée. Par ailleurs, bien que le protocole mis en place à l'urgence de l'Hôpital de Chicoutimi stipule qu'une personne-ressource doit en tout temps accompagner la famille, il arrive fréquemment qu'aucune infirmière ne soit disponible. Alors que les lignes directrices insistent sur l'importance de cette personne-ressource, qu'en est-il lorsqu'il n'y en a pas? La famille en tire-t-elle les mêmes avantages et les mêmes retombées psychologiques positives? Pour les recherches futures, il s'avérerait nécessaire d'évaluer les retombées psychologiques chez les familles ayant été présentes en salle de réanimation alors qu'elles ne bénéficiaient pas de personne-ressource. ■



Les auteures

Dominique Labbé, inf., Ph. D. (cand.)
Université du Québec à Chicoutimi



Suzanne Aucoin, Ph. D.
Université du Québec à Chicoutimi

RÉFÉRENCES

- [1] Eggenberger SK, Nelms TP. *Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness*. J Clin Nurs. 2007; 16(9):1618–1628.
- [2] Leske JS, McAndrew N, Brasel KJ, Feetham S. *Family presence during resuscitation after trauma*. J Trauma Nurs. 2017; 24(2):85–96.
- [3] Stayt LC. *Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units*. J Adv Nurs. 2007; 57(6):623–630.
- [4] Stayt LC. *Death, empathy and self preservation: The emotional labour of caring for families of the critically ill in adult intensive care*. J Clin Nurs. 2009; 18(9):1267–1275.
- [5] Leske JS, Brasel K. *Effects of family-witnessed resuscitation after trauma prior to hospitalization*. J Trauma Nurs. 2010; 17(1):11–18.
- [6] Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. *Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions*. Heart Lung. 2007; 36(5):367–376.
- [7] Stillo S, Delaney JS. *Should family members witness cardiopulmonary resuscitation?* Can J Emerg Med. 2014; 16(6):497–501.
- [8] O'Connell K, Fritzen J. *Family presence during trauma resuscitation: Family members' attitudes, behaviors, and experiences*. Am J Crit Care. 2017; 26(3):229–239.
- [9] Axelsson AB, Fridlund B, Moons P, Mårtensson J, Reimer WS, Smith K, et al. *European cardiovascular nurses' experiences of and attitudes towards having family members present in the resuscitation room*. Eur Journal Cardiovasc Nurs. 2010; 9(1):15–23.
- [10] Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. *Part 3: Ethics: 2010 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care*. Circulation. 2010; 122 (18, Suppl 3):665–675.
- [11] Fallis WM, McClement S, Pereira A. *Family presence during resuscitation: A survey of Canadian critical care nurses' practices and perceptions*. Dynamics. 2008; 19(3):22–28.
- [12] ENA. *Presenting the option for family presence*. 3 ed. Des Plaines, IL : Emergency Nurses Association; 2007. 108 p.
- [13] MacLean SL, Guzzetta CE, White C, Fontaine D, Eichhorn DJ, Meyers TA, et al. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation and invasive procedures: Practices of critical care and emergency nurses*. Am J Crit Care. 2003; 12(3):246–257.
- [14] Mian P, Warchal S, Whitney S, Fitzmaurice J, Tancredi D. *Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation*. Crit Care Nurse. 2007; 27(1):52–61.
- [15] Miller JH, Stiles A. *Family presence during resuscitation and invasive procedures: The nurse experience*. Qual Health Res. 2009; 19(10):1431–1442.
- [16] Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. *Family presence during trauma resuscitation: A survey of AAST and ENA members*. J Trauma. 2000; 48(6):1015–1024.
- [17] Knott A, Kee CC. *Nurses' beliefs about family presence during resuscitation*. Appl Nurs Res. 2005; 18(4):192–198.
- [18] McClement SE, Fallis WM, Pereira A. *Family presence during resuscitation: Canadian critical care nurses' perspectives*. J Nurs Scholar. 2009; 41(3):233–240.
- [19] Loisel CG, Profetto-McGrath J, Polit DF, Beck CT. *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. 2 ed. Saint-Laurent, Qc Éditions du Renouveau pédagogique; 2007. 591 p.
- [20] Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3 ed. Iowa, USA Wiley-Blackwell; 2010.
- [21] CSSSC. *Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, Soins et services : Les équipes médicales Chicoutimi, Canada ; 2017*. Repéré à : <http://cssschicoutimi.securedev.com/Plandusite/tabid/3789/language/en-US/Default.aspx>.
- [22] Lopez KA, Willis D G. *Descriptive versus interpretative phenomenology: Their contributions to nursing knowledge*. Qual Health Res. 2004; 14(5):726–735.
- [23] Colaizzi PF. *Psychological research as the phenomenologist views it*. In: Valle RS, King M, editors. *Existential-Phenomenological Alternatives for psychology*. New York City, New York : Oxford University Press; 1978. p. 48–71.
- [24] UQAC. *Comité d'éthique de la recherche*. Chicoutimi, Canada : Université du Québec à Chicoutimi ; 2006. Repéré à : http://www.uqac.ca/direction_services/secretariat_general/cd.php
- [25] Labbé D. *Exploration du vécu des infirmières de l'urgence du CSSS de Chicoutimi en présence d'un membre de la famille du patient en salle de stabilisation [Mémoire]*. Chicoutimi, QC : Université du Québec à Chicoutimi; 2012.
- [26] Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzzetta CE, Clark AP, Klein JD, Taliaferro E, et al. *Family presence during invasive procedures and resuscitation*. Am J Nurs. 2000; 100 (2):32–43.
- [27] Lowry E. *"It's just what we do": A qualitative study of emergency nurses working with well-established family presence protocol*. J Emerg Nurs. 2012; 38(4):329–334.
- [28] Feagan LM, Fisher NJ. *The impact of education on provider attitudes toward family-witnessed resuscitation*. J Emerg Nurs. 2011; 37(3):231–239.
- [29] Pasquale MA, Pasquale MD, Baga L, Eid S, Leske J. *Family presence during trauma resuscitation: Ready for primetime?* J trauma. 2010; 69(5):1092–1100.
- [30] Robinson S, Mackenzie-Ross S, Campbell Hewson G, Eggleston C, Provost A. *Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives*. Lancet. 1998; 352 (22):614–617.
- [31] Soleimanpour H, Tabrizi JS, Jafari Rouhi A, Golzari SE, Mahmoodpoor A, Mehdizadeh Esfajani R, et al. *Psychological effects on patient's relatives regarding their presence during resuscitation*. J Cardiovasc Thorac Res. 2017; 9(2):113–117.

MERCI À NOS GÉNÉREUX PARTENAIRES

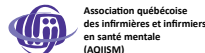
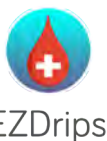
PARTENAIRES DE LA REVUE



PARTENAIRE ANNUEL DE L'AIUQ



NOS COLLABORATEURS



VOUS AUSSI VOUS VOULEZ APPARAÎTRE DANS LA REVUE *SOINS D'URGENCE*?

PROPOSEZ UN ARTICLE!

Les infirmières, les infirmiers et autres professionnels de la santé détenant une expertise dans le domaine sont invités à proposer des articles portant sur les différentes dimensions de la pratique infirmière en milieu d'urgence (p. ex. les soins cardiovasculaires, les soins de traumatologie, la santé mentale, etc.). Les manuscrits soumis à la revue seront révisés par les pairs selon un processus rigoureux assurant la qualité des articles publiés.

Pour soumettre votre article, consultez la section « revue Soins d'urgence » sur aiiuq.qc.ca.

