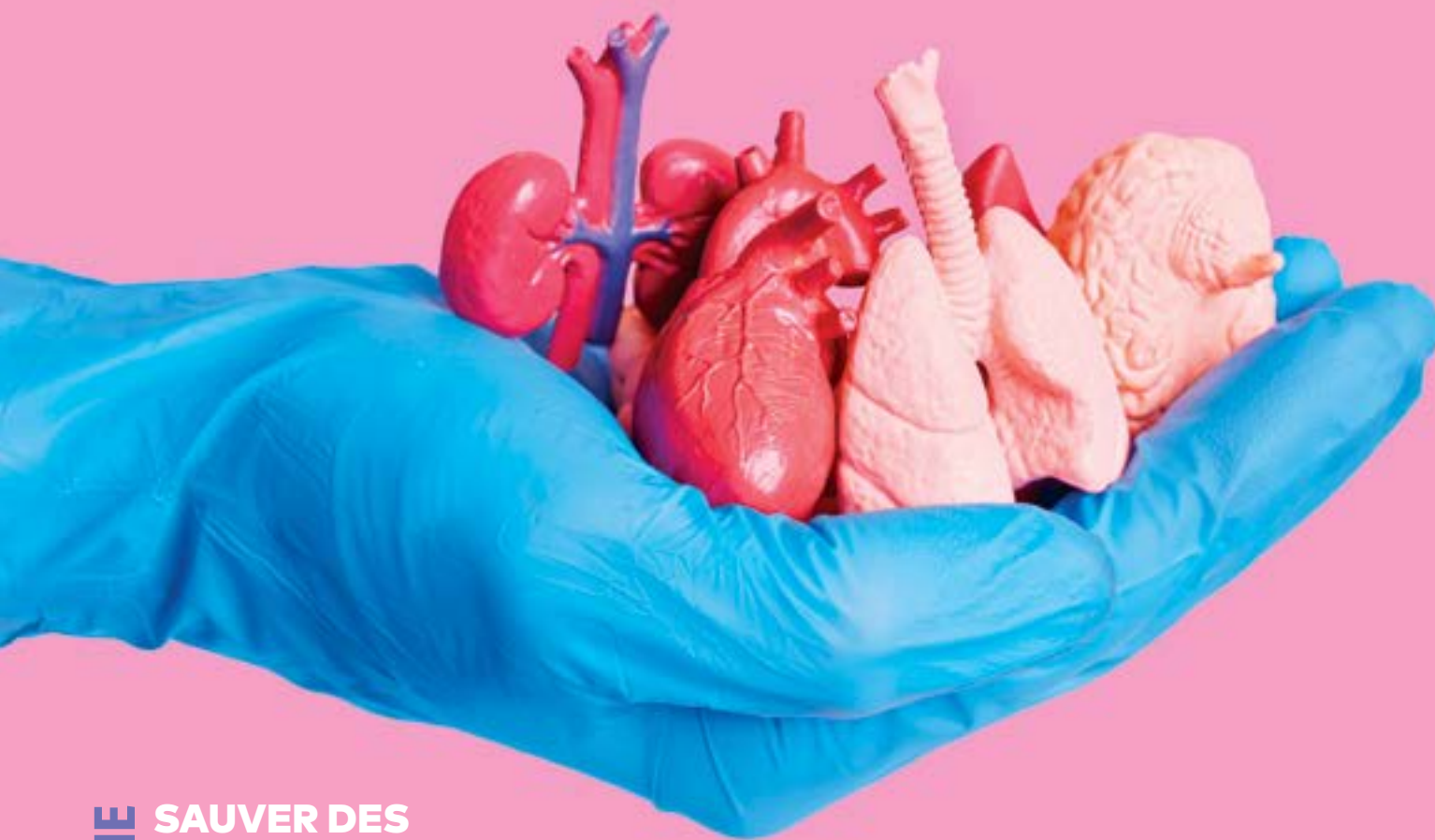


SOINS D'URGENCE



À LA UNE **SAUVER DES VIES PAR LE DON D'ORGANES:**
une façon d'exercer le leadership infirmier à l'urgence

PRATIQUE CLINIQUE

La prophylaxie post-exposition à la salle d'urgence pour prévenir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

RÉFLEXION

Exercer son rôle infirmier à l'urgence en conjuguant la performance au bien-être

PROJET INNOVANT

Activités de simulation interprofessionnelles en partenariat : GMF-U et Collège d'Alma



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

RÉDACTRICES EN CHEF

Alexandra Lapierre, inf., Ph. D.
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., Ph. D. (cand.)

ÉDITEUR.TRICES ASSOCIÉ.ES

Sabrina Blais, inf., M. Sc.
Anne-Renée Delli Colli, inf., M. Sc.
Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc., CSU(C)
William Tessier, M. Sc., Ph. D. (ét.).
Koralie Yergeau, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)

CHARGÉE DE PROJET

Joëlle McGurrin, L'ASSOCIÉ

CONCEPTION GRAPHIQUE

MissPixels

PUBLICITÉ

Carmélie Bernier, Responsable des partenariats
gestion@aiiuq.qc.ca

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIUQ

Josiane Arsenault, inf., B. Sc., M.Sc., CSU(C) – Présidente
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., Ph. D. (cand.) – Vice-présidente
Alexandra Lapierre, inf., Ph. D. – Trésorière
Laurence Fortier, inf., M. Sc. – Secrétaire
Alexandre Arsenault, inf., B. Sc., CSU(C) – Administrateur
Sabrina Blais, inf., M. Sc. – Administratrice
Anne-Renée Delli Colli, inf., M. Sc. – Administratrice
Amélie Samson, inf., M. Sc., CSU(C) – Administratrice par intérim
Fabian Severino, inf., B. Sc., M. Sc. (ét.) – Administrateur

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 les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteur.trices. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. S'inscrivant dans le mouvement pour le libre accès à la documentation scientifique, *Soins d'urgence* est diffusée en accès libre sur la plateforme Érudit, ainsi que sur le site internet de l'AIUQ, et ce, sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

DÉPÔT LÉGAL 2024

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 2816-6892 (imprimé)
ISSN 2816-6906 (numérique)

AIUQ

IC.P. 89 022 CSP Malec,
Montréal (Québec) H9C 2Z3
T. 1 833 33-AIUQ
info@aiiuq.qc.ca

aiiuq.qc.ca





ÉDITORIAL

- 04 — L'innovation au cœur des soins infirmiers d'urgence
par les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence*
- 06 — L'éditorial de la présidente de l'AIUQ
par Josiane Arsenault
- 08 — À la convergence des savoirs: Enjeux et aspirations de la relève étudiante infirmière
par Koralie Yergeau

À LA UNE

- 10 — Sauver des vies par le don d'organes: une façon d'exercer le leadership infirmier à l'urgence

RÉFLEXION

- 18 — Exercer son rôle infirmier à l'urgence en conjuguant la performance au bien-être

PRATIQUE CLINIQUE

- 22 — La prophylaxie post-exposition à la salle d'urgence pour prévenir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- 31 — Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète de Diabète Québec

PROJET INNOVANT

- 33 — Activités de simulation interprofessionnelles en partenariat: GMF-U et Collège d'Alma

CHRONIQUE DE LA DSUF

- 37 — L'utilisation de la télépratique dans un contexte d'évaluation brève à l'urgence

L'innovation au cœur des soins infirmiers d'urgence

Dans le domaine des soins d'urgence, l'innovation agit comme un moteur de transformation, encourageant à repenser les pratiques établies afin d'apporter des améliorations significatives à ce qui est actuellement en place (1). L'innovation transcende largement le domaine des technologies. Elle englobe un éventail diversifié de pratiques, de politiques et de partenariats visant à rehausser la qualité des soins, à renforcer la préparation aux urgences et à favoriser des résultats positifs pour les patients (2). Qu'il s'agisse de mesures simples, mais efficaces, telles que l'amélioration des protocoles de triage, la mise en place de programmes de formation continue, ou de stratégies plus élaborées de gestion des crises, chaque innovation apporte une valeur ajoutée à la chaîne des soins d'urgence.

C'est notamment sous cette thématique que se déroulera le prochain congrès de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ): « Innovation dans les soins d'urgence: redéfinir l'excellence ». Conjointement organisé avec l'Association nationale des infirmiers et infirmiers d'urgence (ANIU), cet événement vise à mettre en lumière l'importance de l'innovation dans les soins d'urgence au Québec et à travers le Canada. Il offrira une plateforme d'échanges et de partage d'idées novatrices, favorisant ainsi le développement et la mise en œuvre de solutions créatives pour relever les défis actuels. De même, ce nouveau numéro de la revue *Soins d'urgence* présente de nombreux articles mettant de l'avant l'innovation. En mettant l'accent sur les pratiques novatrices basées sur les dernières données probantes et les initiatives prometteuses, la revue contribue à inspirer et à informer les professionnels de la santé sur les dernières avancées dans le domaine des soins d'urgence.

Dans ce nouveau numéro de la revue *Soins d'urgence*, vous trouverez donc l'éditorial de Josiane Arsenault, la présidente de l'AIIUQ qui nous fait part des progrès réalisés par l'association dans le cadre de sa planification stratégique 2023-2025. Ensuite, nous avons le privilège de vous partager un éditorial de l'Association étudiante en sciences infirmières du Québec (AÉSIQ). Vous trouverez, dans cet éditorial, les multiples démarches entreprises par les futures infirmières auprès de différentes instances, notamment auprès de l'appareil politique, afin de faire valoir leurs désirs quant à leurs futures conditions de travail et leur souhait de bénéficier d'une formation qui valorise la diversité dans la profession infirmière. En ce

mois de mai où l'intégration des nouveaux et des nouvelles candidat.es à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) est à nos portes, il est important de se rappeler du rôle important que nous jouons dans leur accueil, leur intégration et leur soutien.

Par la suite, deux articles cliniques composent ce numéro. D'abord, à la une, nous avons l'article d'Audrée Grenier-Roy, infirmière clinicienne et conseillère aux activités cliniques et à la formation par intérim à Transplant Québec, qui aborde le processus de dons d'organe et le rôle que les infirmières d'urgence jouent dans ce contexte. Par la suite, William Brindamour, infirmier clinicien, nous présente un article sur l'utilisation de la prophylaxie pré (PrEP) et post-exposition (PPE) à l'urgence pour prévenir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Vous trouverez dans cet article, des perles cliniques qui vous sauront certainement utiles pour votre pratique, notamment quant à la distinction entre ces deux modalités (PrEP vs PPE), ainsi que des conseils pour éviter la stigmatisation des personnes qui pourraient bénéficier de ces traitements.

Dans ce numéro, nous avons également un article de type « projet innovant ». Cet article sous forme d'entrevue avec Laurie Martin, infirmière clinicienne au GMF-U d'Alma, vous présentera la façon dont le GMF-U d'Alma a mis en place des simulations interprofessionnelles à grand déploiement de type « mégacodes ». Cette lecture saura certainement vous inspirer à entreprendre des simulations interprofessionnelles dans vos milieux ! Un court article sur le nouveau programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète est également présenté par Diabète Québec. Ceci s'avère être une ressource de plus à vous mettre dans la poche ! De plus, un article de type « réflexion » rédigé par Chantal Verdon et Marisa Lalonde, nous fait réfléchir sur la performance et le bien-être dans les soins d'urgence. Finalement, la Direction des services d'urgence (DSU) nous présente une dernière innovation mise en place dans plusieurs urgences du Québec : l'utilisation de la télépratique au triage. Cette approche novatrice permet une évaluation infirmière initiale à distance, facilitant ainsi le processus de triage, tout en optimisant les ressources et en réduisant les délais d'attente pour les personnes nécessitant des soins urgents.

Pour conclure, nous réitérons que si vous avez un intérêt à présenter un projet innovant au sein de votre urgence, nous vous invitons à nous écrire à l'adresse courriel suivante : redactionrevue@aiiuq.qc.ca. De plus, si vous souhaitez rédiger tout autre article pour la revue *Soins d'urgence*, vous pouvez consulter la page de la revue sur le site internet de l'AIUQ afin de connaître le processus et les consignes aux auteur.es. N'hésitez pas non plus à nous écrire au besoin à notre adresse courriel.

Encore une fois, nous souhaitons remercier chaleureusement les auteur.es de chacun des articles, les réviseurs, nos partenaires, ainsi que MissPixels pour le graphisme de qualité! 🌟

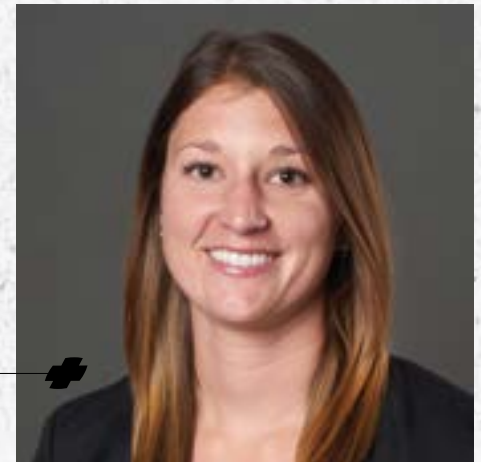
Bonne lecture à tous et toutes !

RÉFÉRENCES

1. Kelly CJ, Young AJ. Promoting innovation in healthcare. *Future Healthc J.* 2017;4(2):121-125. doi:10.7861/futurehosp.4-2-121
2. Kimble L, Massoud MR. What do we mean by innovation in healthcare? *EMJ Innov.* 2017;1(1):89-91. doi/10.33590/emj-inov/10314103.

Alexandra Lapierre

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., Ph. D. (cand.)
Rédactrice en chef adjointe



Éditorial de la présidente de l'AIUQ

Chers et chères collègues,

La première année de mon mandat à la présidence tire déjà à sa fin. Cette année s'est avérée particulièrement riche afin de poursuivre les travaux relatifs à la planification stratégique de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Je suis fière de vous présenter l'avancement des travaux par les membres de notre conseil d'administration, ainsi que de nos membres conseils au sein de nos différents comités et groupes de travail.

Tout d'abord, la première orientation qui est l'amélioration de l'expérience membre a continué d'évoluer. En effet, en plus de la possibilité d'adhérer à l'AIUQ pour plusieurs années, nous avons augmenté les activités de formations continues en organisant davantage de webinaires qui sont également disponibles en différé dans l'espace « membres » sur notre site internet. De plus, au cours des prochaines semaines, une trousse de bienvenue virtuelle sera mise en place pour les nouveaux membres, ainsi que pour les renouvellements d'adhésion.

Pour poursuivre, nous avons continué de travailler sur la deuxième orientation, soit l'optimisation de l'insertion professionnelle et du développement professionnel continu à l'urgence. Comme la pratique infirmière d'urgence est connue comme une pratique clinique de pointe, nous sommes d'avis que les infirmières et infirmiers d'urgence doivent être appuyés dans l'acquisition de connaissances, d'habiletés et de compétences spécialisées. Pour ce faire, nous travaillons continuellement à augmenter l'offre de formations disponible à tous nos membres. Ainsi, nous sommes fiers d'avoir déployé la formation de cardiologie à l'urgence module 2, cet hiver. C'est une formation qui a été créée par des infirmières ayant une expertise à l'urgence et en cardiologie, et ce, à partir des besoins énoncés par les membres. De plus, nous avons mis de l'avant un webinaire qui avait comme objectif de faire connaître la certification en soins d'urgence de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIIC). Nous offrons également des bourses, ainsi qu'un parrainage auprès d'infirmières et infirmiers qui souhaiteraient s'investir dans un groupe d'étude pour l'obtention de cette certification.



Finalement, nous avons poursuivi notre troisième orientation, soit la consolidation du statut d'association reconnue comme leader en soins d'urgence. À la suite de notre réaffiliation avec l'Association nationale des infirmières et infirmiers d'urgence (ANIIU), qui est en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2023 dernier, nous avons intégré différents comités nationaux afin que la pratique infirmière en soins d'urgence au Québec soit représentée dans les différentes prises de décisions et de position de l'ANIIU. Nous pouvons donc dire qu'en plus d'être impliqués dans le comité des directeurs mensuel, nous sommes impliqués dans le comité canadien du *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), ainsi qu'au niveau de la révision de la revue *Canadian Journal of Emergency Nursing*. Nous allons également intégrer le comité des normes de pratique et du développement professionnel au cours des prochaines semaines. De plus, j'ai eu l'opportunité de représenter les infirmières et infirmiers d'urgence du Québec lors du forum national sur l'avenir des soins d'urgence au Canada à Toronto le 30 avril et le 1^{er} mai dernier.

Parallèlement, mon implication au sein du groupement d'experts des services d'urgence du Québec (GESUQ) se poursuit et nous collaborons aux différents travaux en cours de réalisation pour les différents enjeux associés à la situation dans les urgences que nous connaissons. Finalement, nous avons fait quelques apparitions dans les médias en ce qui concerne la situation vécue dans les urgences ainsi que les divers enjeux selon la vision des infirmières et infirmiers d'urgence. À travers ces communications, nous avons pour objectif de faire valoir l'expertise des infirmières et infirmiers d'urgence qui demeure essentielle pour la qualité et la sécurité des patients. Nous sommes d'avis que nous pouvons contribuer à désengorger les urgences en offrant des alternatives à la visite à l'urgence à la lumière de notre évaluation clinique effectuée au triage. Nous sommes conscients des enjeux majeurs vécus chaque jour dans nos urgences québécoises et nous continuerons d'être la voix de nos membres en participant aux différents groupes de travail pour trouver des solutions tangibles, réalistes et pérennes.

Pour conclure, je tiens à vous réitérer que l'expertise et le développement de la pratique en soins infirmiers d'urgence demeurent la priorité ultime au cœur de nos actions. La prochaine année sera déterminante pour notre conseil d'administration qui veillera à compléter sa première planification stratégique et à préparer l'exercice 2025-2028. Par ailleurs, nous demeurons disponibles et ouverts à échanger avec nos membres sur les enjeux relatifs à la

pratique infirmière d'urgence ainsi que sur les besoins de ceux et celles qui œuvrent à prodiguer des soins sécuritaires et de qualité à chaque jour dans les urgences du Québec. Finalement, si vous désirez vous impliquer au sein de notre association, nous afficherons au cours du mois de juin un poste au sein de notre équipe de membres conseils, restez à l'affût.

Sur ce, je profite également de l'occasion pour souhaiter la bienvenue et un excellent début de pratique à nos candidat.es à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) qui intégreront les urgences au cours des prochaines semaines. Je vous souhaite aussi une merveilleuse période estivale à toutes et à tous. 🌻

Cordialement,

Josiane Arsenault
inf., B. Sc., M. Sc., CSU(C)
**Présidente de l'Association
des infirmières et infirmiers
d'urgence du Québec**

presidence@aiiuq.qc.ca
www.aiiuq.qc.ca

À la convergence des savoirs: Enjeux et aspirations de la relève étudiante infirmière



Koralie Yergeau
inf., B. Sc., M. Sc. (ét.)

Porte-parole

Association étudiante en sciences infirmières du Québec (AÉSIQ)



Chères et chers collègues,

C'est avec un immense plaisir que je prends la parole au nom de l'Association étudiante en sciences infirmières du Québec (AÉSIQ). L'AÉSIQ a pour principale mission de représenter toutes les personnes étudiantes dans les programmes de soins infirmiers et de sciences infirmières à travers le Québec afin de défendre et promouvoir leurs intérêts tant sur les plans académique, professionnel que sociopolitique.

Encourager le développement de la voix politique de la relève infirmière demeure l'une de nos priorités. C'est donc avec une fierté indéniable que nous souhaitons vous présenter des actions entreprises par les étudiant.es en soins infirmiers et en sciences infirmières au cours de la dernière année. Au printemps dernier, notre communauté étudiante s'est mobilisée autour de la question cruciale du salaire des infirmier.ères clinicien.nes en début de carrière. Cette mobilisation a abouti à la rédaction d'une lettre ouverte (1) publiée dans le journal La Presse et soutenue par l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec, ainsi que différent.es député.es!

À l'automne, alors que les infirmier.ères luttent pour améliorer nos futures conditions de travail, la population étudiante se soulevait pour améliorer leurs conditions d'étude. À l'Université du Québec en Outaouais (UQO), nos collègues du programme de sciences infirmières ont accompli un travail colossal non seulement en réactivant leur association étudiante, mais également en organisant une manifestation pour la rémunération des stages dès leurs premiers mois d'activité. Nous saluons également la prise de parole de l'Association générale des étudiantes et étudiants en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke (AGEESIUS) lors

d'une conférence de presse sur cet enjeu (2). Félicitations à toutes les personnes étudiantes, tant au niveau collégial qu'universitaire, qui ont œuvré pour valoriser nos services publics de santé en revendiquant la rémunération de leurs stages.

Les personnes étudiantes en soins infirmiers et en sciences infirmières sont indispensables au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Elles apportent des connaissances nouvelles et novatrices aux équipes de soins, contribuant ainsi à la transformation positive des pratiques. Nous envisageons un futur où leur contribution est reconnue à sa juste valeur.

Nous aspirons également à une formation qui valorise la diversité de la profession. Nous croyons fermement que la lutte contre le racisme, tant dans les établissements d'enseignement supérieur que dans les milieux de soins, est essentielle pour améliorer l'attraction et la rétention dans nos programmes. Célébrer la diversité ethnique, culturelle et linguistique des personnes étudiantes en soins infirmiers et en sciences infirmières est crucial dans une démarche de sécurisation culturelle et contribuera à terme à améliorer la qualité des soins.

L'AÉSIQ accorde également une grande importance à la collaboration et aux échanges au sein de la population étudiante en soins infirmiers et en sciences infirmières. Nous aspirons à une relève infirmière unie et solidaire, c'est pourquoi nous travaillons activement à faire revivre les Jeux des infirmières et infirmiers du Québec (JIIQ). Nous croyons fermement que ce type d'événement favorise la cohésion au sein de notre communauté étudiante.

Voici notre vision pour l'avenir de la formation : une formation qui encourage le développement de la voix politique, qui permet de se dresser face aux injustices et qui célèbre la diversité. Nous croyons en une profession unie et puissante.

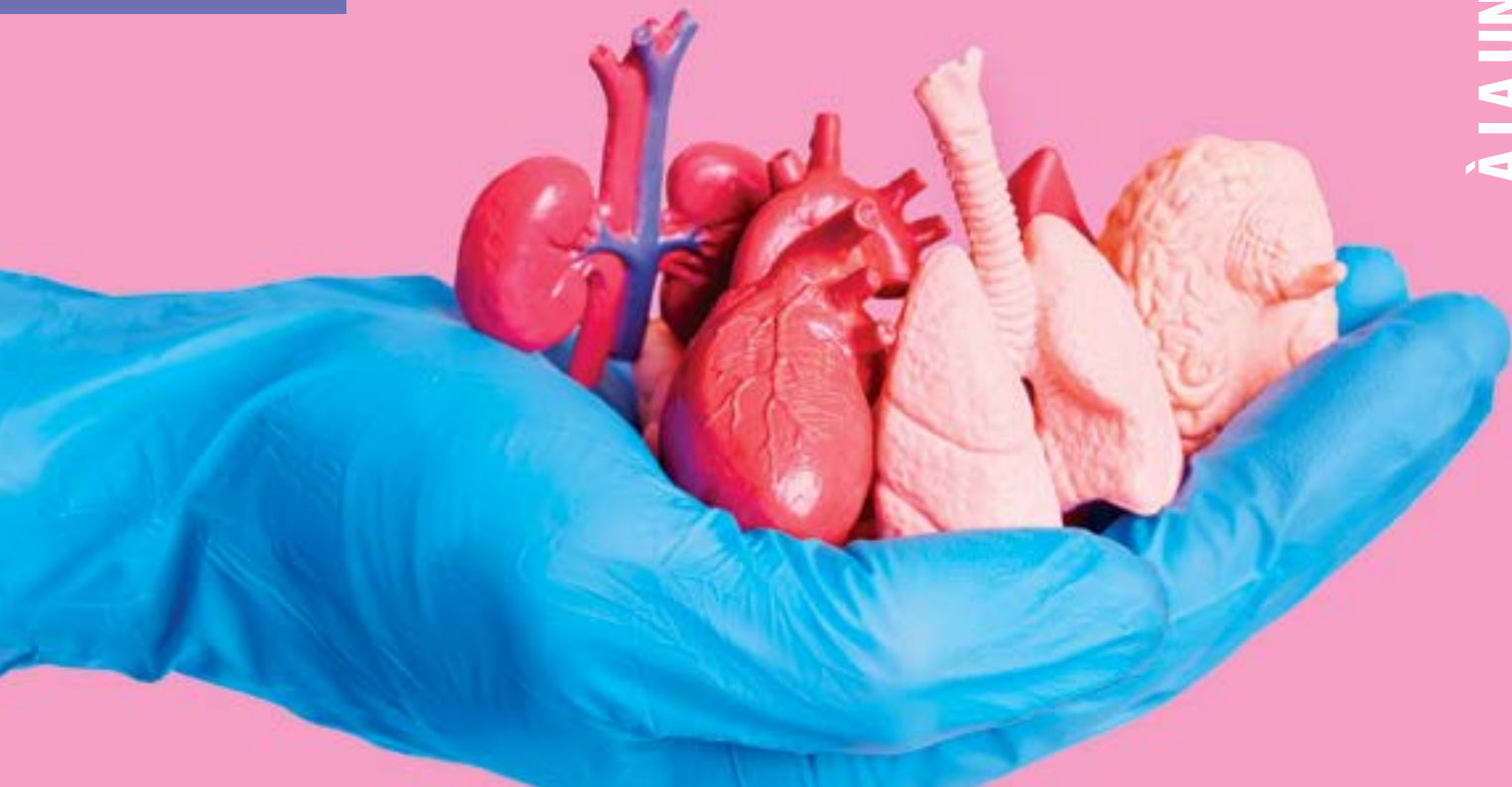
Nous sommes conscientes que pour plusieurs la fin des études en soins infirmiers et en sciences infirmières approche au printemps. Nous tenons à saluer toutes les personnes aspirant à pratiquer dans le milieu de l'urgence. Nous sommes convaincues que l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) saura défendre vos intérêts avec la même passion que nous, comme nous l'avons fait durant vos études !

Ensemble, continuons à œuvrer pour une profession infirmière forte, engagée et solidaire. ✊

RÉFÉRENCES

1. Yergeau K. Auclair I. Quel avenir pour la relève infirmière ? 27 mars 2023. Dans : La Presse [En ligne]. Montréal : La Presse. 2023. <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2023-03-27/services-publics-de-sante/quel-avenir-pour-la-releve-infirmiere.php>
2. Côté D. Rémunération demandée pour les stagiaires de l'Université de Sherbrooke. 19 septembre 2023. Dans : Noovo Info [En ligne]. Sherbrooke : Noovo Info. <https://www.noovo.info/video/remuneration-demandee-pour-les-stagiaires-de-luniversite-de-sherbrooke.html>





Sauver des vies par le don d'organes: une façon d'exercer le leadership infirmier à l'urgence

par **Audrée Grenier-Roy**

Le don d'organes après le décès est une mission collective qui permet de sauver des vies ou en améliorer la qualité, en honorant les volontés des personnes défunt(e)s et de leurs proches. La responsabilité professionnelle du personnel infirmier de l'urgence implique de participer à l'identification et la référence de tous les dons potentiels. Cet article fait le point sur la situation du don d'organes dans les urgences et met de l'avant le leadership infirmier transformationnel comme piste de solution afin d'améliorer les processus actuels.

INTRODUCTION

Alors que des milliers de décès surviennent chaque année dans les urgences du Québec, seulement 66 références pour le don d'organes ont été initiées par les professionnels des milieux de soins en 2023 (statistique officielle non publiée par Transplant Québec). Malgré un nombre record de donneur(e)s et de références dans la dernière année au Québec, on constate une légère diminution des références provenant de l'urgence (voir Tableau 1). Considérant le nombre important de personnes en attente d'une transplantation d'organe, soit 853 en date du 31 décembre 2023 (1), il importe de s'intéresser au portrait du don d'organes dans les urgences du Québec et aux pistes d'améliorations potentielles. Il est impératif que tous les dons potentiels soient identifiés et référés, notamment ceux qui sont présents à l'urgence.

À titre d'organisme en don d'organes (ODO), Transplant Québec contribue à sauver des vies par la coordination efficace et équitable du processus de don d'organes, par la promotion de la culture du don dans la société et au sein du réseau de la santé, tout en contribuant à la recherche et à la formation (2). La réussite

de cette mission est collective et sa pérennité dépend, en grande partie, de la cocréation d'un écosystème de don d'organes. De façon générale, les équipes des soins intensifs, des blocs opératoires et des centres de transplantation se retrouvent à l'avant-plan lorsqu'il est question de ce secteur d'activités. Pourtant, le rôle des professionnel.les de l'urgence est primordial dans l'identification, la référence et, ultimement, la réalisation de tous les dons potentiels (3).

Un des objectifs de cet article est de reconnaître l'urgence comme un milieu effervescent, mais néanmoins propice à la réalisation du don d'organes. L'exercice du leadership infirmier transformationnel est introduit en tant que piste d'amélioration des processus actuels. L'article vise également à démontrer l'importance de l'identification et de la référence de tous les donneur.euses potentiel.les. L'approche au don d'organes à l'urgence est ensuite démystifiée. Finalement, cet article détaille des actions concrètes que les infirmier.ères peuvent entreprendre pour améliorer l'expérience des proches, tout en tenant compte du contexte extrêmement difficile et souvent inattendu propre aux situations vécues à l'urgence.

Tableau 1. Nombre de donneur.euses et nombre de références : 2021 à 2023

	2021	2022	2023
Donneurs référés initialement par l'urgence	7	7	9
Donneurs pour tout le Québec	144	171	206
Références* provenant de l'urgence	72	72	66
Références* pour tout le Québec	733	875	1156

*incluent les donneur.euses, les donneur.euses annulé.es et les références refusées
Source : (1, statistiques non publiées de Transplant Québec)

LES SALLES D'URGENCE ET LE DON D'ORGANES

Les salles d'urgence sont reconnues pour leur rythme rapide, surchargé et imprévisible. Elles sont la scène de plusieurs situations critiques. Dans ce contexte, les clinicien.nes priorisent généralement les objectifs de soins à très court terme, notamment la réanimation et la stabilisation de blessures ou maladies graves (4). Néanmoins, les urgences sont un endroit propice à la réalisation du don d'organes, principalement par l'identification et la référence des donneur.euses potentiel.les. Dans les dernières années, certain.es chercheur.euses ont constaté que plusieurs opportunités de dons ont été manquées dans les urgences (5-8). Une étude ontarienne réalisée en 2020 indique que l'application judicieuse des procédures entourant le don permettrait d'augmenter de 10 % le nombre de donneur.euses (8). Hypothétiquement, au Québec, cela signifierait une augmentation de 15 à 20 donneurs par année et des dizaines de vies supplémentaires améliorées et sauvées. Pour justifier cet argument, les statistiques des 10 dernières années suggèrent qu'entre 3,3 et 3,7 organes par donneur sont transplantés (1). Le référencement tardif auprès de l'ODO, c'est-à-dire après le retrait des thérapies de maintien des fonctions vitales (TMFV), serait la cause principale avancée par les auteurs afin d'expliquer le nombre de dons manqués (8). En 2017, une autre étude ontarienne rétrospective a mis l'accent sur les possibilités manquées de dons après décès par critères circulatoires (DCC) (6) (voir Figure 1). La révision des décès après retrait des TMFV sur les unités d'urgence et de soins intensifs a permis de constater que plus de 33 % des personnes admissibles au don d'organes n'ont pas été notifiées de façon appropriée à l'ODO ontarien (6). La référence tardive

semble encore une fois être la source du problème. Même si les auteur.es n'ont pas étudié spécifiquement les raisons expliquant les manquements observés dans les références, la révision de la littérature leur a permis de souligner les enjeux suivants : les proches n'ont pas été approchés ou l'ont été trop tardivement (par manque de temps ou autres préoccupations) et l'impression que la personne n'était pas éligible au don (6). Par ailleurs, un autre obstacle à l'identification et à la référence depuis l'urgence est la fausse croyance des professionnel.les que les soins seront différents ou moins « agressifs » si la personne est traitée en tant que donneuse potentielle (5). L'Encadré 1 résume les principales barrières au don d'organes à l'urgence.



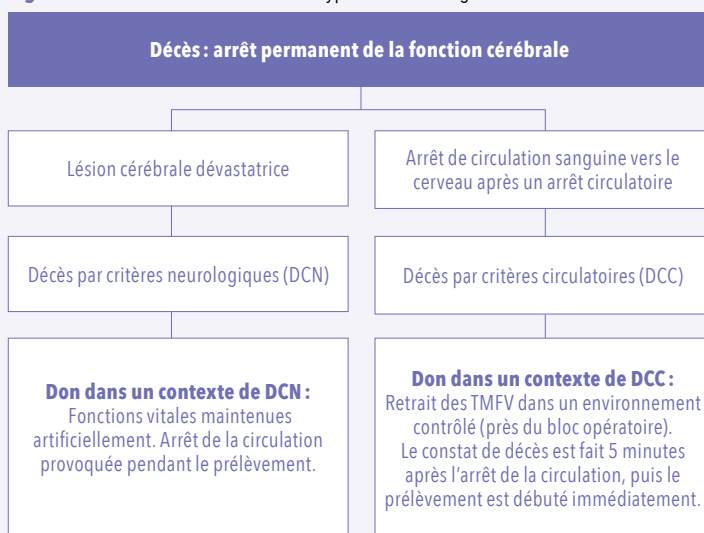
SAVIEZ-VOUS QUE?

Un seul donneur d'organes peut sauver jusqu'à 8 vies par le don d'organes, et améliorer la qualité de vie de dizaines de personnes par le don de tissus. Les organes pouvant être transplantés sont :

Cœur - Poumons - Foie - Reins - Pancréas - Intestins

Sources : (2,9)

Figure 1. Définition unifiée du décès et types de dons d'organes



Note : La nomenclature utilisée pour le diagnostic de décès neurologique (DDN) et le diagnostic de décès circulatoire (DCC) a été modifiée depuis la parution des nouvelles lignes directrices canadiennes de pratique clinique (10). Les termes décès par critères neurologiques (DCN) et décès par critères circulatoires (DCC) sont maintenant utilisés (10).

Sources : (2,10)

Encadré 1. Principales barrières au don d'organes à l'urgence

- Méconnaissance des critères d'identification
- Méconnaissance sur la façon de référer un donneur potentiel à l'organisme responsable du don d'organes
- Références tardives à l'organisme responsable du don d'organes (p. ex., lorsque les soins de fin de vie sont déjà entamés)
- Sentiment que l'urgence n'est pas un milieu approprié pour discuter du don d'organes
- Inconfort relativement à l'approche au don d'organes et/ou contact avec les proches jugé trop court

Sources : (3,6-8)

Les données issues de la littérature tendent à démontrer que les dons potentiels identifiés et référés par le personnel de l'urgence sont plus susceptibles d'être convertis en dons effectifs, en comparaison avec ceux de l'unité des soins intensifs (USI) (5,11). Parmi les hypothèses avancées, il est possible de croire que les diagnostics de ces personnes sont plus « typiquement » (ou « classiquement ») associés au don d'organes (p. ex., hémorragie cérébrale catastrophique). De plus, l'identification et la référence précoce permettent souvent d'écourter la période d'hospitalisation qui précède le prélèvement, limitant ainsi les risques infectieux, l'hypoperfusion des organes ou toute autre complication pouvant compromettre le don (11). Il est même démontré que le nombre d'organes transplantés par donneur est plus élevé lorsque ce dernier est référé par l'urgence. Ce fait s'explique notamment par l'initiation plus rapide des mesures de maintien, permettant ainsi d'améliorer la fonction de chaque organe (5). Cela renforce l'importance d'identifier et de référer tous les dons potentiels qui se présentent dans les salles d'urgence et démontre à quel point ce département est un maillon essentiel à la réalisation du don d'organes (3).

L'EXERCICE DU LEADERSHIP INFIRMIER TRANSFORMATIONNEL: UNE PISTE D'AMÉLIORATION

Le personnel infirmier des urgences occupe une position privilégiée afin d'améliorer les processus entourant le don d'organes. Le leadership fait partie intégrante des responsabilités infirmières, et ce, peu importe le poste occupé dans l'organisation des soins (12). Dans le cadre de cet article, le leadership transformationnel est proposé en tant que modèle d'amélioration continue des pratiques en don d'organes. Une représentation du modèle conceptuel de développement et maintien du leadership infirmier intégrant les pratiques de leadership transformationnel est disponible à la Figure 2. Ce type de leadership permet notamment d'adresser les enjeux organisationnels, d'inspirer le changement

et de favoriser l'autonomie et la responsabilisation. Pour être efficace, il doit inclure tous les partenaires du système de soins (13). Par des pratiques telles que l'établissement de relations collaboratives, le développement des connaissances et la mise en œuvre du changement, le leadership transformationnel permet d'augmenter la satisfaction des professionnel.les et la qualité des soins (14,15). Il est ainsi possible de croire que l'exercice de ce type de leadership par les infirmier.ères d'urgence serait favorable, non seulement à l'engagement professionnel envers la cause du don d'organes, mais également, dans une perspective élargie, à la réalisation de cette mission ultime : sauver des vies en honorant les volontés des personnes défuntes et de leurs proches.

L'IDENTIFICATION ET LE RÔLE INFIRMIER

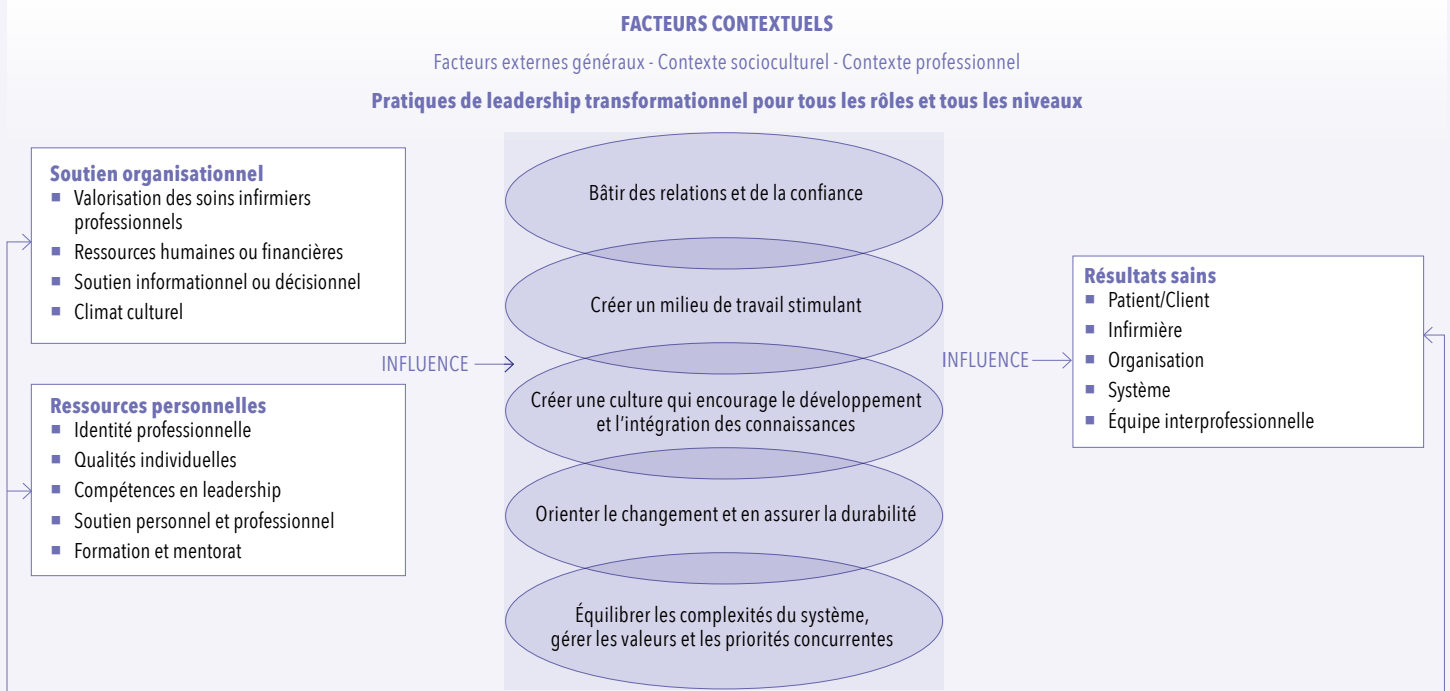
La section ci-dessous présente trois cas cliniques qu'il serait possible de rencontrer à l'urgence. Devraient-ils être identifiés comme donneur.neuses potentiel.les? Les réponses se retrouvent un peu plus loin dans l'article.



CAS CLINIQUE 1

Une personne de 30 ans est admise à l'urgence suite à un accident automobile. L'imagerie démontre un traumatisme crânien sévère avec un début d'engagement cérébral, plusieurs fractures orthopédiques, ainsi que des lésions hépatiques, spléniques et rénales. Une consultation en neurochirurgie confirme le pronostic nul; aucune option chirurgicale n'est envisageable. L'urgentologue est pessimiste qu'elle survivra jusqu'au matin étant donné l'instabilité hémodynamique actuelle.

Figure 2. Modèle conceptuel du développement et maintien du leadership infirmier



Source : Figure tirée et adaptée de Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) (13)



CAS CLINIQUE 2

Un individu de 68 ans est admis pour une décompensation rapide de sa maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) suite à une infection à la COVID-19. Son état nécessite une intubation rapide en salle de réanimation. Ses proches se présentent à l'urgence 30 minutes plus tard. Ils mentionnent qu'il n'aurait jamais voulu être intubé et proposent plutôt que des soins de fin de vie soient instaurés dès que possible.

CAS CLINIQUE 3

Une personne de 55 ans est admise en arrêt circulatoire suite à une intoxication probable à la cocaïne. Le massage est en cours par les ambulanciers depuis 25 minutes. Après trois doses d'épinéphrine, le retour à la circulation spontanée est noté. L'imagerie confirme une anoxie cérébrale avec une perte de différenciation précoce. Ses antécédents comprennent : tabagisme, hypertension, diabète de type II et hépatite C. Sa créatinine à l'admission est à 190 mmol/L et les enzymes cardiaques et hépatiques sont fortement perturbées.

L'identification est inhérente au processus de don d'organes. Les départements d'urgence et les USI sont les milieux où la présence de donneurs potentiels est la plus fréquente (2). Puisque seulement 1 à 2 % des décès en milieu hospitalier sont susceptibles de mener au don d'organes (9), il s'avère primordial qu'ils soient TOUS identifiés.

Ainsi, une personne qui présente une atteinte neurologique et/ou maladie ou blessure grave, qui est sous ventilation mécanique et pour qui des soins de fin de vie sont envisagés DOIT être identifiée en tant que donneur.euse potentiel.le, et ce, peu importe son âge. Il n'existe aucun critère d'exclusion absolue au don d'organes¹ (2).

On peut distinguer deux types de dons d'organes après le décès, ceux-ci ayant été présentés à la Figure 1.

L'étape de l'identification n'est pas exclusivement réservée aux médecins ; elle est la responsabilité de tous les professionnels. Le personnel infirmier de l'urgence, par son rôle auprès des personnes soignées et par son leadership, est un élément clé de l'identification des donneurs.euses potentiels. Son expertise unique lui permet d'intervenir dans des situations complexes. Grâce à des habiletés de communication efficace, il inspire une approche collaborative des soins. Bâtir des relations et de la confiance à travers l'équipe de soins est un exemple de pratique du leadership transformationnel (13) (Figure 2). Cette mobilisation des ressources permet d'instaurer le filet de sécurité nécessaire à l'identification de toutes les possibilités de dons et devient ainsi une démonstration de la haute qualité des soins dispensés.



RETOUR SUR LES CAS CLINIQUE

CAS CLINIQUE 1

Cette personne **doit** être identifiée comme donneuse potentielle. En effet, le pronostic neurologique nul évoque la possibilité d'un arrêt imminent des TMFV. Néanmoins, l'instabilité hémodynamique est préoccupante et constitue la priorité de soins, avant d'envisager le début d'un processus de don d'organes. Quant aux traumatismes aux organes abdominaux, ils doivent évidemment être pris en considération, mais n'excluent pas la possibilité du don. Chacun des organes sera évalué par des examens spécifiques pendant le processus.

CAS CLINIQUE 2

Cet individu **doit** être identifié comme donneur potentiel. En effet, il répond aux critères de maladie grave, de ventilation mécanique et de retrait des TMFV envisagés. La COVID-19 et la maladie pulmonaire chronique ne sont pas des contre-indications absolues au don d'organes. Sans lésion cérébrale provoquant le décès par critères neurologiques, le don après décès par critères circulatoires pourrait être envisagé (Figure 1).

CAS CLINIQUE 3

Cette personne **pourrait** être identifiée comme donneuse potentielle. Il est probable qu'une gestion ciblée de la température soit instaurée afin d'optimiser toutes les chances de survie. Le cas échéant, la priorité de soins sera évidemment accordée aux traitements actifs. Il ne serait toutefois pas fautif de notifier la présence de cette personne à Transplant Québec (ODO). Sans entamer d'action prématurée pour le don d'organes, un suivi de son état neurologique pourra être fait avec l'équipe traitante. Néanmoins, il est davantage probable que cette personne soit référée quelques jours plus tard par l'USI. Ses antécédents ne constituent pas une exclusion absolue pour le don. Ses résultats de laboratoires pourront être observés dans les jours qui suivront afin d'en noter l'évolution.

LA RÉFÉRENCE PRÉCOCE EN TANT QUE PRATIQUE EXEMPLAIRE

La référence à l'ODO est subséquente à l'identification et devrait être faite de façon précoce. Elle est préalable à toute discussion au sujet du don d'organes avec les proches (16,17). La référence permet avant tout de vérifier l'inscription de la personne aux registres de consentement (Encadré 2). Le référencement des dons potentiels est non seulement une responsabilité professionnelle, mais également une obligation légale pour les directions des services professionnels (DSP), tel qu'exigé par la loi 125 facilitant les dons d'organes et de tissus (19). Hormis l'aspect législatif, il convient de s'intéresser aux avantages reconnus à référer précocement tout don d'organes potentiel.

Encadré 2. Les façons de signifier son consentement (ou son refus) à faire le don d'organes à son décès

- Autocollant apposé à l'endos de la carte d'assurance maladie
- Registre de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)
- Registre de la Chambre des notaires du Québec (seul endroit officiel où il est possible de signifier son refus)

Peu importe les volontés, il est encouragé d'en discuter avec les proches. Cela facilite grandement la prise de décision en cas de décès.

Sources : (17,18)

Plus la référence est faite rapidement lors de l'identification, plus elle offre le temps nécessaire à la concertation et à la collaboration entre le personnel soignant et l'ODO afin de mettre en place la meilleure approche possible (20). Cette planification tend à augmenter le taux de consentement (20). Elle diminue la pression exercée sur les proches et diminue le risque de prendre des décisions précipitées (20). En plus de vérifier les volontés connues de la personne et d'encourager une meilleure planification des discussions avec les proches, la référence précoce permet d'évaluer plus rapidement l'éligibilité au don d'organes avec l'ODO et d'obtenir des recommandations sur le maintien et l'optimisation des organes pour la transplantation (20). Par ailleurs, la référence précoce fait partie des pratiques éthiques et exemplaires de soins de fin de vie lorsque les critères d'identification sont rencontrés (16,21,22). Le statut professionnel du personnel infirmier de l'urgence lui offre les connaissances et les compétences nécessaires pour référer tout.e donneur.euse potentiel.le d'organes à Transplant Québec. En tout temps, une approche concertée avec l'ensemble de l'équipe traitante est à privilégier.

La référence se fait auprès du personnel dédié du centre hospitalier, le cas échéant (infirmier.ère de liaison ou infirmier.ère ressource en don d'organes et de tissus). Pour les centres sans personnel dédié, il suffit de contacter la ligne d'urgence de Transplant Québec (voir le lien vers la procédure type à la fin de l'article). Les principales informations à transmettre lors de l'appel initial sont :

- Données nominatives (incluant numéro de la RAMQ)
- Histoire de la maladie actuelle (incluant l'état neurologique et l'hémodynamie)
- Antécédents connus et habitudes de vie (incluant toute maladie transmissible)
- Présence des proches et dynamique observée

Faisant suite à la référence et à la vérification des registres, un plan d'action concerté entre le centre hospitalier et Transplant Québec est mis en place afin de planifier l'approche au don d'organes. Cette collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle est inspirée des meilleures pratiques du leadership infirmier transformationnel. Selon le modèle présenté à la Figure 2, la référence précoce permet notamment d'équilibrer les complexités entourant le processus de don d'organes et de favoriser une gestion adéquate des priorités (13). Il est ainsi possible d'espérer des résultats positifs pour l'équipe de soins (sentiment d'obtenir le soutien nécessaire à leur travail, sentiment d'accomplissement), la personne soignée (respect de ses volontés) et les proches (accompagnement).

L'APPROCHE AU DON D'ORGANES A-T-ELLE SA PLACE À L'URGENCE?

Peu importe les volontés connues de la personne, ce sont ses proches, en situation de fin de vie, qui communiquent l'intention finale concernant le don d'organes (23). Cette décision est prise dans un contexte de deuil subit et de stress intense (24). Tel qu'indiqué à l'Encadré 1, une des principales barrières au don d'organes à la salle d'urgence est l'inconfort des clinicien.nes à en faire la demande aux proches. En effet, la vitesse des événements limite l'établissement d'une relation de confiance significative, ce qui peut rendre les discussions sur le sujet plus hasardeuses. Toutefois, si des soins de fin de vie devaient avoir lieu à l'urgence, toutes les familles devraient avoir l'opportunité de prendre des décisions libres et éclairées (7).

Ainsi, les proches de tout.e donneur.euse potentiel.le admissible au don d'organes devraient être informés de cette possibilité, au même titre que n'importe quel autre soin de fin de vie (16).

Lorsqu'il est question du don d'organes, le découplage est l'approche à privilégier (2,5,17). Utilisé conjointement avec une approche interprofessionnelle et interorganisationnelle (avec l'ODO), dans un endroit privé, il peut augmenter jusqu'à 2,5 fois le taux de consentement (5). Le découplage implique de dissocier la communication du pronostic sombre de toute discussion reliée au don d'organes (16-18). Le délai entre les deux conversations peut varier de quelques minutes à quelques jours, mais le découplage nécessite de s'assurer que le pronostic est bien compris et que les questions entourant celui-ci ont été répondues (17). Suivant un décès par critères neurologiques (DCN), il est essentiel de s'assurer que la notion de décès soit bien intégrée. Dans le contexte d'un don après décès par critères circulatoires (DCC), il est primordial que les décisions reliées à l'interruption des TMFV soient prises avant toute question relative au don d'organes (16). La séquence des événements à l'urgence ne favorise pas toujours le découplage, notamment lorsque les proches manifestent rapidement le désir d'un retrait des TMFV plutôt qu'une admission à l'USI (comme dans le cas clinique 2) ou lorsque la personne soignée est instable (comme dans les cas cliniques 1 et 3). Ces situations démontrent la pertinence d'impliquer l'ODO de façon précoce afin de planifier une approche adéquate (5). Il peut arriver que les proches abordent spontanément la possibilité du don d'organes à l'urgence. Dans un tel cas, il ne faut pas faire fi de cette demande; il convient d'adresser la situation et de répondre aux interrogations soulevées. Si la discussion entourant le don d'organes doit avoir lieu à l'urgence, l'infirmier.ère responsable de la personne soignée peut collaborer à la préparation et à la réalisation optimale de cette rencontre par l'identification des besoins des proches. La création d'un milieu de travail stimulant dans lequel l'expertise infirmière est pleinement reconnue (p. ex., pour l'approche au don d'organes à l'urgence) fait également partie des pratiques de leadership transformationnel (13).

COMMENT L'INFIRMIÈRE D'URGENCE PEUT-ELLE ACCOMPAGNER LES PROCHES DANS CETTE EXPÉRIENCE?

Par son expertise, son leadership et son empathie, l'infirmier.ère d'urgence peut apaiser l'expérience des proches, malgré le contexte difficile entourant le décès d'un être cher et le processus du don d'organes. À cet effet, certaines études ont recensé leur point de vue. Les soins offerts à la personne soignée, ainsi qu'à ses proches, peuvent avoir des impacts positifs, non seulement sur le taux de consentement, mais également sur le processus

de deuil à long terme et l'appréciation globale du processus de don d'organes (24). L'objectif qui sous-tend l'accompagnement n'est évidemment pas le consentement au don d'organes à tout prix, mais plutôt que les proches soient confortables avec l'option de fin de vie qu'ils auront privilégiée.

Soins offerts à la personne soignée : La satisfaction des proches sur la qualité des soins, la compassion et le respect démontrés à la personne soignée sont des facteurs liés positivement au taux de consentement. À l'inverse, l'insatisfaction reliée aux soins est occasionnellement citée comme raison de refus au don d'organes (24). Les proches ont besoin de sentir que la personne n'est pas traitée et perçue comme une donneuse potentielle, mais bien comme un être humain à part entière et traitée avec dignité (25).

Soins offerts aux proches : L'empathie et le soutien démontrés aux proches affectent positivement la probabilité d'un consentement et favorisent la satisfaction envers l'ensemble du processus. Ce soutien passe à la fois par l'aide psychologique et l'aide aux besoins physiques. Des gestes en apparence simples peuvent faire une différence significative. De la même façon que les soins dispensés à la personne soignée, leur qualité est synonyme de compassion, respect et sensibilité. Pour bénéficier d'un effet positif à long terme, ce soutien doit être maintenu après le consentement (ou le refus) au don d'organes et à chaque étape du processus (24,26). Le personnel infirmier peut également bonifier l'expérience des proches en insistant sur le respect de leur rythme. En effet, des informations trop tardives ou trop rapides, abondantes ou pas assez vulgarisées peuvent avoir un impact négatif sur leur appréciation du processus. Des incertitudes ou des questions non répondues peuvent également entraîner des effets négatifs sur les proches, et ce, plusieurs années après le décès (25). Une approche collaborative impliquant l'infirmier.ère soignant.e fait partie des pratiques exemplaires lorsqu'il est question d'intervention auprès des proches (16). Une orientation vers ce type de changement est une mise en pratique concrète du leadership transformationnel (13).



QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'URGENCE?

Le Tableau 2 ci-dessous présente les différentes étapes menant au don d'organes, après le passage à l'urgence. Ce processus est d'une durée approximative de 3 à 4 jours.

Tableau 2. Les étapes du processus du don d'organes après l'urgence

OBTENTION DES CRITÈRES LÉGAUX POUR LE DON D'ORGANES	<p>Les critères légaux sont préalables au processus du don d'organes. En l'absence de l'un d'eux, le processus ne peut avoir lieu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Constat de décès par critères neurologiques (DCN) ou décision prise de procéder au retrait des TMFV en cas de décès par critères circulatoires (DCC) ■ Consentement officiel au don d'organes ■ S'il s'agit d'un décès à déclarer au coroner, ce dernier doit donner son accord pour procéder au prélèvement d'organes
QUALIFICATION DU DONNEUR ET ÉVALUATION DES ORGANES	<p>Ensemble des examens permettant d'évaluer l'état de santé de la personne et la fonction des organes considérés pour la transplantation. Peut comprendre, sans s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Échographie cardiaque, électrocardiogramme (ECG) ■ Tomodensitométrie (TDM) thoracique, abdominale et pelvienne ■ Bronchoscopie ■ Échographie abdominale ■ Analyses sanguines et urinaires
MAINTIEN DU DONNEUR	<p>Tout au long du processus, l'unité des soins intensifs s'assure de maintenir l'hémodynamie et l'homéostasie du donneur potentiel.</p>
ATTRIBUTION DES ORGANES	<p>L'équipe de Transplant Québec coordonne l'attribution de tous les organes, selon des critères éthiques et spécifiques préalablement établis. Ces critères sont publics et disponibles sur le site internet de Transplant Québec.</p>
PRÉLEVEMENT DES ORGANES	<p>Lorsque l'attribution des organes est complétée, le prélèvement peut être organisé. Les équipes de transplantations qui acceptent les organes se déplacent toutes, au même moment, vers le centre hospitalier de prélèvement où se trouve le donneur. Les organes sont prélevés lors d'une chirurgie d'une durée de 2 à 4 heures, puis transportés vers le centre hospitalier où ils seront greffés.</p>

Sources : (2,17)

CONCLUSION

Cet article a fait état de la situation du don d'organes dans les urgences. Des opportunités sont manquées, et ce, pour différentes raisons : méconnaissance des procédures, référence tardive, inconfort dans l'approche, etc. Toutefois, le personnel infirmier peut contribuer à renverser cette problématique. Ainsi, le Tableau 3 présente cinq façons concrètes d'exercer son leadership afin de favoriser le don d'organes à l'urgence. Parmi ces exemples, le présent article a mis l'accent sur l'identification et la référence précoce en tant que moyens pour favoriser l'autonomisation (*empowerment*) du rôle infirmier. L'exercice du leadership transformationnel par tous les membres du personnel infirmier œuvrant dans les secteurs d'urgence a le pouvoir de soutenir la mise en place de pratiques exemplaires en don d'organes, augmentant ainsi la qualité des soins dispensés aux personnes admissibles et à leurs proches (14). Évidemment, ces changements sont impossibles sans le soutien organisationnel (13). Un centre hospitalier chef de file en don d'organes devrait donc le promouvoir de façon explicite, par la création d'une culture intrahospitalière forte dans laquelle tous les acteurs de l'écosystème du don sont mobilisés (16). 🌟

Tableau 3. Le don d'organes et le leadership infirmier en cinq actions concrètes

1. **Se renseigner sur les meilleures pratiques en don d'organes (voir section « Pour en savoir plus »)**
 - Connaître la procédure type en don d'organes
 - Formation en ligne de Transplant Québec
 - Visiter le site internet de Transplant Québec
2. **Connaître les ressources disponibles dans son établissement (et savoir comment les joindre)**
 - Personnel dédié en don d'organes (infirmière.ère ressource, infirmière.ère de liaison)
 - Médecins spécialistes coordonnateurs en don et en transplantation d'organes et de tissus (pour l'établissement ou la région, selon les cas)
 - Comité de don de l'établissement
3. **Collaborer à l'identification de tous les dons d'organes potentiels**
4. **Collaborer à la référence précoce de tous les donneurs identifiés à Transplant Québec**
 - En concertation avec l'équipe traitante
5. **Offrir des soins de qualité et empathiques**
 - À la personne soignée
 - À ses proches

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Site internet Transplant Québec:** <https://transplantquebec.ca>
- **Bilan complet 2023 Transplant Québec:** <https://www.transplantquebec.ca/statistiques-0>
- **Formation en ligne:** <https://transplantquebec.ca/formation-en-ligne>
- **Autres formations disponibles:** <https://transplantquebec.ca/formations-en-centre-hospitalier>
- **Procédure type en don d'organes (pour centres hospitaliers avec ou sans personnel dédié):** <https://transplantquebec.ca/procedure-type>

CODE QR PROCÉDURE TYPE



L'AUTEURE

Audrée Grenier-Roy
 inf., B. Sc.
 Conseillère aux activités cliniques et à la formation par intérim
 Transplant Québec
audree.grenier-roy@transplantquebec.ca

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure est conseillère aux activités cliniques et à la formation par intérim à Transplant Québec.

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier Marie-Josée Lavigne, cheffe du service de l'enseignement et du développement hospitalier à Transplant Québec, Sandy Bastien, conseillère en communication - volet relations publiques à Transplant Québec, Maxime Boucher, conseiller-cadre en soins infirmiers et développement hospitalier par intérim à Transplant Québec, et Catherine Lefebvre, conseillère à l'enseignement et au développement hospitalier à Transplant Québec.

NOTE

1. Si les organes ne satisfont pas totalement les exigences du *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation*, ils sont tout de même offerts selon le mécanisme de distribution exceptionnelle. Les risques pouvant être reliés à leur usage pour la transplantation sont considérés par le médecin transplantateur et le consentement de la personne en attente ciblée est obtenu. Une infection à la COVID-19 dans les 10 derniers jours et un résultat anti-VHC positif sont deux exemples du mécanisme de distribution exceptionnelle (2).

RÉFÉRENCES

1. Transplant Québec. Statistiques officielles 2023. 2024. <https://www.transplantquebec.ca/statistiques>
2. Transplant Québec. À propos de Transplant Québec. 2023. <https://www.transplantquebec.ca/mission>
3. McCallum J, Ellis B, Dhanani S, Stiell IG. Solid organ donation from the emergency department – A systematic review. *CJEM*. 2019;21(5): 626–637. doi: 10.1017/cem.2019.365
4. Greene J. Organ donation in the emergency department: A missed opportunity? *Ann Emerg Med*. 2012;59(4):19A-21A. doi: 10.1016/j.annemergmed.2012.02.016
5. Miller LD, Gardiner ST, Gubler KD. Emergency department referral for organ donation: More organ donors and more organs per donor. *Am J Surg*. 2014;207: 728-734. doi:10.1016/j.amjsurg.2013.12.017
6. Krmptic K, Payne C, Isenor C, Dhanani S. Delayed referral results in missed opportunities for organ donation after circulatory death. *Crit Care Med*. 2017;45:989-992. doi: 10.1097/CCM.0000000000002432
7. Aubrey P, Arber S, Tyler M. The organ donor crisis: The missed organ donor potential from the accident and emergency departments. *Transplant Proc*. 2008;40:1008-1011. doi:10.1016/j.transproceed.2008.03.059
8. McCallum J, Yip R, Dhananu S, Stiell I. Solid organ donation from the emergency department – missed donor opportunities. *CJEM*. 2020;22(5):701-707. doi: 10.1017/cem.2019.482
9. Société canadienne du sang. Le don d'organes après le décès. 2023. <https://www.blood.ca/fr/organes-et-tissus/don-provenant-de-personnes-decedees/le-don-dorganes-apres-le-deces>
10. Shemie SD, Wilson LC, Hornby L, Basmaji J, Baker AJ, Bensimon CM, Chandler JA, L Chassé M, Dawson R, Dhanani S, Mooney OT, Sarti AJ, Simpson C, Teitelbaum J, Torrance S, Gordon Boyd J, Brennan J, Brewster H, Carignan R, Dawe KJ, Doig CJ, Elliott-Pohl K, Gofton TE, Hartwick M, Healey A, Honarmand K, Hornby K, Isac G, Kanji A, Kawchuk J, Klowak JA, Kramer AH, Kromm J, LeBlanc AE, Lee-Ameduri K, Lee LA, Leeies M, Lewis A, Manara A, Matheson S, McKinnon KKA, Murphy N, Briard JN, Pope TM, Sekhon MS, Shanker JJS, Singh G, Singh J, Slessarev M, Soliman K, Sutherland S, Weiss MJ, Shaul RZ, Zuckier LS, Zorko DJ, Rochweg, B. A brain-based definition of death and criteria for its determination after arrest of circulation or neurologic function in Canada: A 2023 clinical practice guideline. *Can J Anesth*. 2023;70(4):483-557. doi: 10.1007/s12630-023-02431-4

11. Michael GE, O'Connor RE. The importance of emergency medicine in organ donation: Successful donation is more likely when potential donors are referred from the emergency department. *Acad emerg med*. 2009;16(9):850-858. doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00472.x
12. College of Nurses of Ontario (CNO). Leadership in nursing practice. 2023. <https://www.cno.org/en/learn-about-standards-guidelines/educational-tools/ask-practice/leadership-nursing-practice/>
13. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership infirmier (2^e édition). 2013. <https://rnao.ca/bpg/language/lignes-directrices-sur-le-d%C3%A9veloppement-et-le-maintien-du-leadership-infirmier>
14. Alanazi NH, Alshamlani Y, Baker OG. The association between nurse managers's transformational leadership and quality of patient care: A systematic review. *Int Nurs Rev*. 2023;70(2):175-184. doi:10.1111/inr.12819
15. Boamah S. Linking nurses' clinical leadership to patient care quality: The role of transformational leadership and workplace empowerment. *CJNR*. 2018;50(1):9-19. doi: 10.1177/0844562117732490
16. Shemie SD, Robertson A, Beitel J, Chandler J, Ferre E, Evans J, Haun M, Torrance S. End-of-life conversations with families of potential donors: Leading practices in offering the opportunity for organ donation. *Transplantation*. 2017;101(5):S17-26. doi: 10.1097/TP.0000000000001696
17. Williment C, Beaulieu L, Clarkson A, Gunderson S, Hartell D, Escoto M, Ippersiel R, Powell L, Kirste G, Nathan HM, Opdam H, Weiss, MJ. Organ donation organization architecture: Recommendations from an international consensus forum. *Transplant Direct*. 2023;9(5): e1440. doi: 10.1097/TXD.0000000000001440
18. Transplant Québec. Procédure type. 2012. <https://transplantquebec.ca/procedure-type>
19. Assemblée Nationale du Québec. Projet de loi n°125: loi facilitant les dons d'organes et de tissus. 2010. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-125-39-1.html?appelant=MC>
20. Singh JM, Ball IM, Hartwick M, Malus E, Soliman K, Boyd JG, Dhanani S, Healey A. Factors associated with consent for organ donation: A retrospective population-based study. *CMAJ*. 2021;193:E1725-32. doi: 10.1503/cmaj.210836
21. The Royal College of Emergency Medicine. End of life care for adults in the emergency department: best practice guideline. 2015. http://dickyricky.com/Medicine/Guidelines/RCEM%20-%20Royal%20College%20of%20Emergency%20Medicine/2015_03%20RCEM%20End%20of%20Life%20Care%20for%20Adults%20in%20the%20Emergency%20Department.pdf
22. Organ donation and the emergency department strategy group, NHS blood and transplant. Organ donation and the emergency department: A strategy for implementation of best practice. 2016. <https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/ed-strategy-final-nov-2016.pdf>
23. Gouvernement du Québec. Code civil du Québec. 1991. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lccq-1991>
24. Chandler JA, Connors M, Holland G, Shemie SD. "Effective" requesting: A scoping review of the literature on asking families to consent to organ and tissue donation. *Transplantation*. 2017;101(5), S1-16. doi: 10.1097/TP.0000000000001695
25. Sarti AJ, Sutherland S, Healey A, Dhanani S, Landriault A, Fothergill-Bourbonnais F, Hartwick M, Beitel J, Oczkowski S, Cardinal P. A multicenter qualitative investigation of the experiences and perspectives of substitute decision makers who underwent organ donation decisions. *Prog Transplant*. 2018;28(4):343-348. doi: 10.1177/1526924818800046.
26. Sarti AJ, Sutherland S, Meade M, Shemie S, Landriault A, Vanderspank-Wright B, Valiani S, Keenan S, Weiss, MJ, Werestiuk K, Kramer AH, Kawchuk J, Beed S, Dhanani S, Pagliarello G, Chassé M, Lotherington K, Gatiem N, Parsons K, Chandler JA, Nickerson P, Cardinal P. The experiences of family members of deceased organ donors and suggestions to improve the donation process: A qualitative study. *CMAJ*. 2022;194(30):E1054-61. doi: 10.1503/cmaj.220508

Formation **AIIUQ**

CTAS
VIRTUEL - ZOOM

Lundi 10 juin 2024
Mercredi 3 juillet 2024
Mercredi 21 août 2024

La formation *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS) est une certification canadienne portant sur l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG) qui permet de mieux outiller le personnel infirmier œuvrant au triage. Depuis septembre 2011, cette formation reconnue et standardisée est disponible en français au Québec.

Pour vous inscrire
rendez-vous ici :

FORMATIONS
aiiuq.qc.ca/formations



Vous souhaitez organiser
une formation au sein de
votre établissement?

Écrivez-nous à info@aiiuq.qc.ca

**VOTRE SYNDICAT PORTE
TOUJOURS VOTRE VOIX.
NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS.**



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

INFIRMIÈRES AUXILIAIRES, INFIRMIÈRES, INHALOTHÉRAPEUTES
ET PERFUSIONNISTES CLINIQUES





Exercer son rôle infirmier à l'urgence en conjuguant la performance au bien-être

par **Chantal Verdon** et **Marisa Lalonde**

Exercer son rôle infirmier dans les urgences est assurément complexe. Cette complexité justifie la passion inhérente à la profession infirmière. Être infirmière, infirmier, c'est se lier aux autres dans l'adversité et les vulnérabilités de tout un chacun. Exercer ce rôle implique d'être constamment témoin de drames et de souffrances humaines mettant en lumière finalement qu'il s'agit d'un choix de carrière important. Or, comment faire pour ne pas s'y perdre? Comment y trouver un équilibre? Et surtout, comment maintenir cet équilibre? Cet article est une réflexion offerte par la professeure Chantal Verdon, en collaboration avec Marisa Lalonde, sur la performance et le bien-être du personnel infirmier d'urgence. Ceci se veut une continuité de la conférence présentée en marge du Congrès de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) de mai 2023. Nos propos illustrent une dualité qui met en lumière certaines croyances contraignantes. On suggère alors de les recadrer afin d'amorcer de nouvelles façons de voir.

Quel est le problème avec la performance?

La notion de performance dans certains contextes de soins infirmiers, surtout à l'urgence, peut apparaître très complexe (1). Étant défini par un *résultat* qui se veut *optimal*, synonyme de *succès*, de *réussite*, voire de *prouesse* (2), la performance peut à certains égards, expliquer la fatigue liée à la compassion du personnel infirmier, une usure de cette compassion (3), voire de l'épuisement professionnel (4,5). Qui plus est, la reliaison au bien-être peut devenir un enjeu (6). En effet, la performance peut influencer le personnel infirmier à se centrer davantage sur la tâche à accomplir, les gestes à poser, sans prendre en compte sa propre réalité – et donc, peut-être, ne pas prendre en compte celle de l'autre. Des propos tenus par des membres du personnel infirmier confirment cette situation: « Si je prends trop de temps au triage, cela veut dire que je ne suis pas à ma place »; « Si je suis touché par l'histoire des familles, je ne vais pas durer longtemps dans le métier »; « Je dois me faire une carapace, les événements ne doivent pas m'atteindre, je ne dois pas ramener ça à la maison ».

« Je dois mettre une barrière entre moi et ma vie professionnelle, je dois me mettre de côté, je dois faire abstraction de mes besoins dans le but d'être solidaire avec mon équipe ». Ces propos, recueillis par la première auteure de cet article, dans le cadre d'une étude menée sur les défis de créer des relations en contexte de soins, illustrent le problème de la performance lorsqu'il s'agit de réfléchir à son bien-être (7). En outre, on comprend que pour le personnel infirmier, être performant, ce n'est pas d'être attentif à sa personne, c'est plutôt de se centrer sur son rôle et les soins offerts. La réflexion suggérée, ici, est de se questionner à savoir si se mettre de côté ou faire abstraction de ses besoins peut influencer son bien-être et par ricochet la qualité des soins offerts. Qui plus est, la définition de la performance est perçue différemment selon les personnes. Chacun la conçoit selon ses propres règles, ses propres conceptions face à son rôle et surtout ses attentes envers soi-même (8). Ce sont donc les croyances qui influencent les différentes façons de concevoir la performance.

Les croyances contraignantes, des influences au bien-être

Les croyances sont des convictions personnelles, des certitudes qui déterminent nos actions, nos comportements (9,10). Elles sont des guides et bien souvent lorsqu'elles sont facilitantes, elles nous font vivre de bonnes expériences (10,11). Par exemple, croire que son évaluation physique importe pour la santé des individus est une croyance facilitante. À ce titre, toute pensée est une croyance. Cependant, et à bien des égards, les croyances peuvent aussi être contraignantes comme lorsque l'on croit que le temps passé (jugé trop long) avec une personne soignée envoie un message que l'on n'est pas performant ou bien que si on est trop touché par l'histoire d'un soigné, on se met à risque (10). En prendre conscience permet de s'ouvrir à d'autres perspectives. On suggère ici de recadrer une croyance, c'est-à-dire de la regarder dans une autre direction pour offrir un sens différent (10). Et pour regarder dans une autre direction, les connaissances scientifiques seront des appuis importants (8,10).

Recadrer une croyance, un exemple avec l'empathie

La notion d'empathie qui décrit l'approche et la teneur des liens entre le personnel infirmier et la personne soignée est un exemple de connaissances qui doivent être regardées à travers d'autres apports

scientifiques. En effet, plusieurs soignants vont préciser ne pas « être sympathiques avec les personnes soignées », mais « être plutôt empathiques ». Pourtant, des études attestent depuis de nombreuses années que l'empathie est mal interprétée dans le registre des soins humanisant (12-14). D'ailleurs, des changements importants apparaissent dans les discours scientifiques remettant en question nos conceptions sur la sympathie, une dimension qui est maintenant encouragée puisqu'elle fait partie d'une dimension de l'empathie (15,16). La sympathie n'est donc plus à exclure dans nos façons d'entrer en relation avec l'autre (16).

On comprend alors que pour se départir d'une croyance contraignante, il est utile et encouragé de mettre à jour nos connaissances scientifiques qui souvent font écho à des certitudes (8). D'ailleurs, ce sont souvent ces certitudes qui semblent avoir le pouvoir d'agir sur notre bien-être. En outre, la recherche, surtout celle en sciences infirmières, permet véritablement de revisiter nos croyances tissées à même un savoir théorique qui se doit d'être remis en question.

Nous postulons que performer n'est aucunement une question de temps ni d'efforts à déployer sans limites. En outre, si le bien-être du personnel infirmier est une priorité, ce bien-être devrait initier le réflexe de se questionner sur son ressenti et d'identifier ses propres vulnérabilités, souvent mises en évidence par les vulnérabilités des personnes que l'on soigne. Dans cette éventualité où le personnel infirmier est davantage à son écoute, la performance devrait être préservée.

Conjuguer « être performant » et « être bienveillant envers soi » est, par conséquent, synonyme de l'art de ne pas se perdre de vue, d'exercer une pratique qui fait sens et qui permet d'apporter un sentiment de fierté personnelle. Par ailleurs, ce sont dans les circonstances d'adversité et dans les événements difficiles que réside le défi de prendre soin de soi tout en étant performant. Sachant que tout débute d'une croyance face à soi-même ou face à l'autre, il convient de retenir que pour la population vulnérable, il ne s'agit pas d'en faire plus, mais bien de miser davantage sur les petits gestes qui peuvent faire une importante différence (17). En effet, quand une personne est témoin de la vulnérabilité de l'autre, la création d'un partage commun est possible et c'est ce qui peut engendrer le développement d'un lien unique (14).



Chantal Verdon lors de la conférence d'ouverture au Congrès 2023 de l'AIUQ.

Le bien-être fait partie du rôle infirmier

Exercer la profession infirmière est un rôle important. Nos actions peuvent avoir un impact crucial dans la vie des personnes soignées. Qui plus est, ce rôle peut influencer notre façon de mener nos vies différemment. Le philosophe Gabriel Marcel disait que les rencontres avec les autres permettent de mieux se connaître (18,19). On peut donc penser que le rôle exercé auprès des personnes soignées crée un potentiel de découverte sur soi. Ces découvertes peuvent alors être une façon d'atteindre ce bien-être. Au final, nous sommes privilégiés d'être les témoins d'histoires de vie uniques et touchantes, parfois certes difficiles, surtout en contexte d'urgence. Or, pour honorer ce privilège, nous pouvons choisir de ne pas nous perdre de vue et miser sur notre bien-être, tout autant que sur celui des autres. 🌟

LES AUTEURES

Chantal Verdon

inf., Ph. D.
Professeure titulaire, Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais
chantal.verdon@uqo.ca

Marisa Lalonde

inf., B. Sc.
Étudiante au D.E.S.S. et à la maîtrise en sciences infirmières
infirmière praticienne spécialisée en soins pédiatriques (IPSSP)
Département des sciences infirmières, Université du Québec
en Outaouais

SOUTIEN FINANCIER

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Austin EE, Blakely B, Tufanaru C, Selwood A, Braithwaite J, Clay-Williams R. Strategies to measure and improve emergency department performance: a scoping review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2020; 28(1): 1-14. doi: 10.1186/s13049-020-00749-2
2. Larousse. Performance. Larousse: dictionnaire français. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/synonymes/performance/15786>
3. O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *Int Emerg Nurs.* 2020; 48: 100785. doi: 10.1016/j.ienj.2019.06.008
4. Caulfield R, Wiseman T, Gullick J, Ogilvie R. Factors preceding occupational distress in emergency nurses: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2023; 32(13-14): 3341-60. doi: 10.1111/jocn.16461
5. Bourgault P, Lavoie S, Paul-Savoie E, Grégoire M, Michaud C, Gosselin E, Johnston CC. Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *J Emerg Nurs.* 2015. 41(4): 323-28. doi: 10.1016/j.jen.2014.10.001
6. Isbell LM, Boudreaux ED, Chimowitz H, Liu G, Cyr E, Kimball E. What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ Qual Saf.* 2020; 29(10): 1-2. doi: 10.1136/bmjqs-2019-010179
7. Verdon C. Conception et évaluation d'une formation basée sur l'établissement d'une relation construite autour d'un modèle intersubjectif de la rencontre infirmière / soigné (MIRIS). Fonds institutionnel de recherche. Université du Québec en Outaouais: Gatineau. 2016.
8. Noor S, Nursalam N, Sukartini T. Development of an organizational commitment model based on belief on nurse performance. *Syst Rev Pharm.* 2021; 12(3): 818. doi: 10.31838/srp.2021.1.116
9. de Boucaud M. L'intime conviction et les formes de croyance: de l'expérience au regard philosophique. *Ann Med Psychol (Paris).* 2015; 173(7): 594-96. doi: 10.1016/j.amp.2015.07.016
10. Wright LM, Bell JM. Beliefs and illness: A model for healing. 1^{ère} éd.; 2009.
11. Bell JM, Wright LM. The illness beliefs model: Advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. *J Fam Nurs.* 2015; 21(2): 179-85. doi: 10.1177/1074840715586889
12. Morse JM, Anderson G, Bortoff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, McIvlen Hunter K. Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice? *Image J Nurs Sch.* 1992; 24(4): 273-80. doi: 10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x
13. Verdon C, Lavoie M, Blondeau D. Relation et communication: une différence conceptuelle pouvant influencer l'exercice infirmier par le lien infirmière/soigné. *Rech Soins Infirm.* 2013; 114(92) doi: 10.3917/rsi.114.0092
14. Verdon C, Lavoie M, Blondeau D. Les fondements de la relation infirmière/soigné revisités par un modèle construit autour de la philosophe de Gabriel Marcel. *Aporia.* 2014; 6(3): 31-40.
15. Eichbaum Q, Barbeau-Meunier CA, White M, Ravi R, Grant E, Riess H, Bleakley A. Empathy across cultures—one size does not fit all: From the ego-logical to the eco-logical of relational empathy. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2023; 28(2): 643-57. doi: 10.1007/s10459-022-10158-y
16. Barbeau-Meunier CA. L'empathie peut-elle changer le monde? Des fondements empathiques de l'action sociale au rôle de l'empathie face à la crise écologique recherche interdisciplinaire [Mémoire de maîtrise en sociologie]. Université du Québec à Montréal; 2013.
17. Verdon C., Grenier J, René C, Landry I, Cherblanc J, deMontigny F. L'expérience de la mort durant la pandémie: un éveil collectif chez le personnel soignant. *Études sur la mort.* 2023; 159: 147-66. doi: 10.3917/eslm.159.0147.
18. Verdon C. La nature, les conditions et les limites de la relation infirmière/soigné selon la notion d'intersubjectivité chez Gabriel Marcel [Thèse de doctorat en sciences infirmières]. Université Laval; 2012.
19. Marcel G. *Homo Viator: prolégomènes à une métaphysique de l'espérance.* Paris: Montaigne; 1963.



VOTRE SOLUTION POUR LA RÉANIMATION CARDIAQUE

Com-Bos est une entreprise se spécialisant dans l'enseignement de la réanimation cardiovasculaire avancée pour les professionnels de la santé en milieu préhospitalier et hospitalier.

NOS COURS

SARC/ACLS

Soins avancés en réanimation cardiovasculaire

SARP/PALS

Soins avancés en réanimation pédiatrique

PEARS

Évaluation, reconnaissance et stabilisation des urgences pédiatrique

PRN/NRP

Programme de réanimation néonatale



Scannez le code QR pour en savoir plus sur nos cours offerts

(819) 661-1285
 info@com-bos.ca
 com-bos.ca



AIUQ



SYMPOSIUM SOINS D'URGENCE 2024

NAVIGUER À TRAVERS LES CAS COMPLEXES

VIRTUEL | 12 NOVEMBRE 2024



La prophylaxie post-exposition à la salle d'urgence pour prévenir le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

par **William Brindamour**

Malgré les efforts pour diversifier l'offre de soins en santé sexuelle ainsi que les progrès pharmacologiques, l'exposition au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) persiste au sein de la population. Pour plusieurs personnes exposées à ce virus, la salle d'urgence constitue parfois la seule porte d'entrée dans le système de santé. La prophylaxie pré (PreP) et post-exposition (PPE) constitue un levier important pour lutter contre le VIH. Le rôle des infirmier.ères d'urgence dans la prophylaxie de cette infection est donc primordial. Cependant, le manque de connaissances et de formation sur les soins aux personnes vivant ou étant exposées au VIH constitue un obstacle majeur à l'accessibilité de certains services de santé. L'article a pour but de mettre en lumière l'état des connaissances sur le VIH et sa prophylaxie, tout en fournissant des éléments essentiels à évaluer chez une personne qui pourrait bénéficier de la PreP ou de la PPE à la salle d'urgence. L'article portera également sur la stigmatisation vécue par les membres de la communauté LGBTQ+, la communication par les professionnel.les de la santé ainsi que sur la prise en charge des personnes exposées.

INTRODUCTION

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est une infection transmissible par les relations sexuelles et par le sang (ITSS). Il se propage à travers le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, les sécrétions anorectales, le partage de seringues, les piqûres accidentelles ainsi que pendant la grossesse ou l'allaitement (1). En 2020, au Canada, 1520 nouveaux cas d'infection par le VIH ont été estimés, avec 62 790 personnes vivant avec le VIH à la fin de cette même année (2). Plus précisément, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) restent une population particulièrement vulnérable à cette infection. En 2020, on estime que 31 589 HARSAH étaient séropositifs, représentant ainsi la moitié de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le pays (2).

LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Physiopathologie

Le VIH est composé de trois protéines : la transcriptase inverse, l'intégrase et la protéase (3). Ces protéines jouent un rôle crucial dans la fabrication de copies du virus, ce qui lui permet de se reproduire et d'infecter l'organisme hôte. En outre, le VIH renferme du matériel génétique, soit de l'ARN (3). Pour une meilleure compréhension de la prévention et du traitement du VIH, il est indispensable de saisir le processus de réplication virale qui comporte cinq étapes :

1. Le VIH entre dans la cellule : Le VIH est recouvert de protéines qui lui permettent de s'attacher aux récepteurs des cellules humaines. Le VIH cible en autres les marqueurs protéiques humains CD4 qui se trouvent sur les lymphocytes T CDA+. Une fois le virus fusionné avec la membrane cellulaire, le contenu viral pénètre à l'intérieur de la cellule.
2. Le VIH transmet son ADN : Après son entrée dans la cellule, le VIH utilise son enzyme transcriptase inverse pour transformer son ARN viral en ADN.
3. Intégration du VIH dans la cellule infectée : À cette étape, le VIH utilise son enzyme, l'intégrase, pour incorporer le nouvel ADN viral dans le génome de la cellule hôte et ainsi s'intégrer à son matériel génétique.
4. Fabrication des copies du virus : Lorsqu'une cellule, en particulier les lymphocytes T CD4+, est infectée par le VIH, elle commence à assembler de nouveaux virus en produisant une chaîne de protéines virales. L'enzyme protéase agit pour découper cette chaîne de protéines, formant ainsi des virions, des particules virales, qui émergent sous forme de bourgeons à la surface de la cellule infectée, permettant ainsi d'infecter d'autres cellules.
5. Infection d'autres cellules de l'hôte : Les particules virales du VIH bourgeonnent à travers la membrane de la cellule en s'enveloppant dans un fragment de cette membrane cellulaire. Une fois assemblés, les nouveaux virions sont libérés de la cellule hôte, prêts à infecter d'autres cellules.

Présentation clinique

L'évolution naturelle de l'infection par le VIH peut être représentée par quatre grandes phases, chacune caractérisée par une présentation clinique distincte. Ces phases comprennent : 1) la primo-infection (c.-à-d., la phase suivant l'infection initiale), 2) la phase asymptomatique ou latente, 3) la phase symptomatique, et 4) la phase du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) (4). La primo-infection est généralement marquée par des symptômes semblables à ceux de la grippe, c'est-à-dire de la fièvre, des céphalées, des maux de gorge, des myalgies, de l'arthralgie, des ganglions enflés au cou, aux aisselles ou aux aines, des ulcères buccaux, de la fatigue, des nausées, des vomissements ou des diarrhées (3,4). La phase asymptomatique se caractérise par l'absence de manifestations cliniques malgré la réplication virale (3,4). La présence de symptômes d'infections persistants tels que la fatigue chronique, la perte de poids, la fièvre, la présence d'infection buccale et des manifestations cutanées peuvent correspondre à la phase symptomatique (3,4). Enfin, l'affaiblissement du système immunitaire marque la phase

du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Celle-ci se distingue par l'apparition d'infections causées par des virus, des champignons ou des bactéries spécifiques ainsi que l'apparition de certains types de cancer (3,4).

Mise en situation

Éli est un homme cisgenre ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Il consulte à l'urgence à la suite d'un rapport sexuel anal réceptif sans condom avec un partenaire rencontré sur une application de rencontre. Lors du triage, vous apprenez qu'il a volontairement pris du GHB durant cette relation sexuelle qui a eu lieu il y a deux jours. Vous lui recommandez de privilégier l'utilisation d'un préservatif, d'éviter les rapports sexuels sous l'influence de drogues et de privilégier les consultations dans une clinique plutôt qu'à l'urgence. Éli vous dit se sentir coupable d'avoir recouru aux services de l'urgence.

Comment quantifier le risque?

Bien que la quantification du risque de transmission du VIH demeure théorique, une synthèse des écrits révèle que les relations anales réceptives sans condom sont les plus susceptibles de conduire à la transmission du VIH (5,6). Un facteur prédictif de cette transmission est la charge virale : plus elle est élevée, plus le risque de transmission est important, tandis qu'une charge virale indétectable est associée à un risque négligeable de transmission (5). Des études ont montré qu'une personne sous traitement antirétroviral (ARV) ne transmet généralement pas le VIH par voie sexuelle si sa charge virale est inférieure à 200 copies par millilitre (7,8,9). Pour cela, au moins deux résultats consécutifs avec une charge virale inférieure à ce seuil sont nécessaires sur une période de 4 à 6 mois (10).

Il existe différents facteurs de risque qui augmentent la vulnérabilité au VIH, notamment les antécédents d'ITSS, les relations sexuelles vaginales ou anales non protégées, les partenaires sexuels multiples ou anonymes, les activités sexuelles avec usage d'alcool et consommation de drogues, le partage de matériel pour l'injection de drogues et les expositions dans un contexte professionnel (p. ex., piqûre avec un scalpel au travail) (11). En cas de piqûre accidentelle, certains facteurs peuvent modifier le risque de transmission, tels que la présence de sang sur l'instrument, si l'instrument sortait d'un vaisseau sanguin, s'il a d'abord été en contact avec une PVVIH en phase terminale ainsi que la profondeur de la blessure (11).

Dépister le VIH, possible?

Le diagnostic du VIH repose sur deux analyses sanguines : les tests des anticorps anti-VIH1 et anti-VIH2 ainsi que la détection de l'antigène p24. Les anticorps anti-VIH1 et 2 deviennent détectables dans 95 % des cas entre quatre à six semaines après l'exposition et dans 99 % des cas après trois mois (11). L'antigène p24 est une protéine constitutive de la capsid, la coque protégeant le matériel génétique du VIH et est sécrété lors de l'infection. Il est particulièrement utile au diagnostic en début d'infection, car il peut être détecté dans les premières semaines suivant l'exposition, généralement entre le 14^e et le 22^e jour (11).

Au Québec, les tests de dépistage sont principalement réalisés à partir de tests de 4^e génération effectuée en laboratoire qui combinent la détection des anticorps et de l'antigène p24 (11,12). Pour des raisons de sensibilité et de spécificité, le diagnostic repose généralement sur ces tests. (11,12).

Par ailleurs, il est crucial de procéder à un dépistage afin de déterminer le statut sérologique avant d'initier un traitement antirétroviral. De plus, il est recommandé d'offrir le dépistage à la personne source, qui aurait potentiellement pu transmettre le VIH à la personne exposée (11,13). Il est cependant impératif de respecter les principes de consentement et de dignité, sans exercer de pression sur la personne source pour qu'elle accepte de se soumettre à un dépistage du VIH (11,12).

LA PROPHYLAXIE PRÉ ET POST-EXPOSITION

La PrEP, la PPE, une réelle différence?

La prophylaxie pré-exposition (PrEP) implique la prise d'anti-rétroviraux pour réduire le risque d'acquisition du VIH lors de rapport sexuel (11,14) (Tableau 1). Cette stratégie de prévention est recommandée pour les personnes séronégatives engagées dans des relations à risque élevé d'exposition au VIH (11). L'adhésion rigoureuse à la PrEP peut réduire le risque de transmission du VIH par voie sexuelle de 86 à 90 % (13,15). La PrEP peut être prise de façon continue ou intermittente, selon l'antirétroviral. Au Canada, les lignes directrices sur la PrEP suggèrent l'utilisation intermittente chez les HARSAH ayant des relations sexuelles ponctuelles à risque (13). Le guide sur la prise PrEP de AIDES France, un organisme qui lutte dans la prévention et la stigmatisation du VIH, constitue une lecture pertinente si vous désirez approfondir les différents types de schémas posologiques de la PrEP (16).

La prophylaxie post-exposition (PPE) consiste à prendre des antirétroviraux pour 28 jours après une exposition à haut risque au VIH afin de prévenir l'infection (11,13). La PPE est utilisée en cas d'exposition accidentelle au VIH, que ce soit par contact sexuel ou par un accident de travail. Il s'agit donc d'une mesure d'urgence et non d'une stratégie de prévention permanente. Bien que la PrEP soit toujours recommandée comme stratégie de prévention, certains professionnels de la santé préconisent une nouvelle approche, appelée PPE dans la poche ou la *PEP in your pocket*, qui consiste à prescrire la PPE à l'avance pour éviter les retards dans l'amorce du traitement (17). Cette stratégie permet un accès immédiat au traitement, responsabilise la personne en lui donnant un degré d'autonomie dans ses soins et diminue son anxiété face à une possible infection (17,18). Cette stratégie pourrait bénéficier des travailleurs et travailleuses du sexe particulièrement.

Comment la PPE agit-elle pour prévenir le VIH?

Le traitement médicamenteux prescrit lors d'une PPE combine trois médicaments : le raltégravir et le tenofovir/emtricitabine (11,13). Le raltégravir est un inhibiteur de l'intégrase (INI) et le tenofovir/emtricitabine est un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI). Pour en connaître plus sur les grandes classes des antirétroviraux utilisés dans la prévention du VIH, le tableau synthèse des antirétroviraux du Guide thérapeutique VIH/VHC 2023 constitue une ressource pertinente (19).

Tableau 1. Les prophylaxies pré et post exposition (PrEP et PPE)

	PROPHYLAXIE PRÉ-EXPOSITION (PREP)	PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION (PPE)
BUT	La PrEP vise à réduire le risque de transmission par le VIH chez une personne séronégative qui s'engage de façon continue ou sporadique dans des activités à haut risque d'infection.	La PPE est utilisée pour prévenir la transmission du VIH chez une personne qui a été exposée au virus.
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	Association de deux médicaments antirétroviraux : emtricitabine et ténofovir. Cette association médicamenteuse est communément appelé Truvada™.	Association de trois médicaments antirétroviraux : ténofovir + emtricitabine (Truvada™) et raltégravir (Isentress™).
POPULATION CIBLE	<p>La PrEP devrait être proposée aux individus présentant un haut risque d'infection par le VIH. Ce risque peut être évalué à l'aide de l'échelle <i>HIRI-MSM risk score</i>, avec un score supérieur à 11 indiquant un risque élevé. Le guide de prophylaxie préexposition au VIH du MSSS recommande la PrEP pour différentes populations, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les HARSAH et les femmes transgenres ayant eu des relations sexuelles anales non protégées au cours des six derniers mois dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un diagnostic de syphilis ou d'ITSS bactérienne anale ; ▪ Des relations sexuelles avec un partenaire séropositif lorsque le risque de transmission du VIH est significatif ; ▪ Un historique de plus d'une PPE ; ▪ La consommation de substances psychoactives lors de rapports sexuels ; ▪ Plus de deux partenaires sexuels au cours des six derniers mois. ■ Les couples hétérosexuels sérodifférents ayant des relations sexuelles vaginales et anales non protégées par un condom lorsque le partenaire séropositif présente un risque significatif de transmission du VIH. 	<p>La PPE devrait être envisagée pour les personnes qui ont été exposées à un risque élevé de contracter le VIH dans diverses situations, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ L'exposition à un risque élevé en milieu de travail ; ■ L'exposition à un risque élevé lors de rapports sexuels non protégés avec un partenaire séropositif non traité ou avec une charge virale supérieure à 200 copies/ml, ou lors de rapports sexuels avec un partenaire inconnu ou dont le statut sérologique est inconnu ; ■ L'exposition à une agression sexuelle.
MÉTHODE D'ADMINISTRATION	<p>Méthode continue</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prise quotidienne d'un comprimé antirétroviral de manière continue. <p>Méthode intermittente (2-1-1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Implique la prise de comprimés antirétroviraux avant et après une exposition à risque de VIH. Elle comprend la prise de deux comprimés 24 h à 2 h avant le rapport sexuel, un comprimé 24 h après le rapport sexuel et un autre comprimé 48 h après le rapport sexuel. 	<p>La PPE devrait idéalement être initiée dans les 2 h suivant l'exposition à risque de VIH. Toutefois, il est possible de débiter la PPE jusqu'à 72 h suivant l'exposition. La PPE implique la prise régulière de comprimés antirétroviraux pendant une durée de 28 jours.</p>

Sources : (1,11)

Indication d'une PPE

Une PPE peut être autant indiquée lors d'une exposition professionnelle que lors de comportement sexuel (11,12,20). Au Québec, le guide du MSSS pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, aux virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) indique des recommandations sur les traitements à envisager en fonction des circonstances de l'exposition (11). Pour déterminer si une PPE est indiquée, le guide évalue le risque d'acquisition du VIH, lequel dépend de deux facteurs : le type d'exposition et le risque de transmission associé à la source d'infection (s'il y en a) (11,13). Ces informations sont essentielles pour le personnel infirmier à l'urgence, en particulier lors du triage, afin de guider l'anamnèse. Alors que les lignes directrices canadiennes se concentrent principalement sur les indications de la PPE dans un contexte sexuel, il est important de souligner que la PPE peut également être appropriée dans d'autres situations telles que dans le contexte du partage de matériel d'injection, pour des morsures humaines, l'exposition de muqueuses ou de peau non intacte ou encore les expositions percutanées (11,12).

Quand prendre la PPE?

L'efficacité de la PPE est fortement liée à la prise précoce d'un traitement antirétroviral (11,20). Plusieurs études mentionnent l'importance d'introduire rapidement la prise antirétrovirale dans les 2 h suivant l'exposition jusqu'à un maximum de 72 h pour maximiser l'efficacité (11,20,21). À ce jour, il n'y a pas d'indication de prescrire la PPE dans un délai supérieur à 72 h après l'exposition pour prévenir le VIH (13). Toutefois, il est recommandé d'encourager toute personne exposée à consulter rapidement pour bénéficier d'un dépistage, d'une prise en charge visant à prévenir l'hépatite B ou l'hépatite C ainsi que pour vérifier son statut vaccinal (11,13).

La PPE, est-elle efficace?

À ce jour, les études se multiplient sur l'efficacité des différents médicaments antirétroviraux permettant de prévenir l'acquisition du VIH (22,23). Toutefois, les données actuelles sur l'efficacité de la PPE proviennent principalement d'études menées sur des animaux, d'essais cliniques visant à prévenir la transmission périnatale du VIH ainsi que d'études observationnelles (11,23). Le manque d'études, notamment d'essais contrôlés randomisés auprès d'une population humaine, s'explique par l'impossibilité éthique et pratique de comparer les effets de la PPE avec l'absence d'intervention (22,23). Néanmoins, une étude cas-témoins menée en 1997 a été révolutionnaire dans la prévention du VIH (24). Considérée comme une pionnière dans ce domaine, elle a démontré que le risque de conversion au VIH parmi les professionnel.les de la santé exposé.es, et ayant reçu une PPE durant 28 jours, aurait été réduit d'environ 81 % par rapport à ceux n'ayant pas reçu de PPE (24).

Mise en situation

Suite

Vous poursuivez votre triage et, lors de votre anamnèse, vous constatez qu'Éli semble peu ouvert à vos questions et préfère arrêter de discuter avec vous. Il vous fait mention d'un sentiment de stigmatisation à son égard, notamment sur ses pratiques sexuelles et habitudes de vies. Vous lui mentionnez que vous êtes désolé et que vous tentiez seulement d'effectuer de la prévention. Vous vous interrogez sur les moyens d'améliorer la relation thérapeutique.

Stigmatisation et communication des professionnel.les de la santé

De nombreuses personnes de la communauté LGBTQ+ choisissent de ne pas divulguer leur genre ou leur identité sexuelle si elles estiment que la personne prestataire de soins de santé adopte une attitude discriminatoire (25). Cette discrimination peut se manifester par un manque de respect, des abus, des attitudes négatives, des soins de qualité médiocre, un manque de confidentialité et d'intimité (26). Selon Brous (2019), un service d'urgence qui ne propose pas de soins adaptés à la culture LGBTQ+ aggrave les disparités existantes en matière de santé, de bien-être et de sécurité au sein de cette communauté (27). Il souligne l'importance d'améliorer la prise en charge des personnes LGBTQ+ aux urgences, en mettant l'accent sur la lutte contre les préjugés, la création d'un environnement sécuritaire et l'utilisation correcte des pronoms.

Le lexique des lignes directrices Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre peut être une lecture utile pour mieux comprendre les définitions et concepts utilisés par les personnes de la communauté LGBTQ+ (28). Enfin, des conseils simples et pratiques sont disponibles pour développer une communication inclusive avec les personnes LGBTQ+ grâce à l'acronyme ABC (29) (Tableau 2).



Tableau 2. L'ABC de la communication inclusive

A

Abordez toutes les interactions en utilisant un langage inclusif

CONSEIL PRATIQUE

Il se peut que vous commettiez une erreur durant la conversation. La façon la plus respectueuse est de reconnaître votre erreur, de vous excuser et de vous corriger.

Utilisez un langage neutre

- Quels sont vos pronoms d'usage ?
- Comment vous identifiez-vous ?
- Quelle est votre orientation sexuelle ?
- À quel genre vous identifiez-vous ?

Faites de l'écho langage

- Utilisez les pronoms qu'ils ou elles utilisent. L'utilisation des pronoms préférés par la personne permet d'assurer qu'elle se sente respectée.
- Utilisez les mêmes mots qu'eux pour désigner l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

Posez des questions ouvertes

- Poser des questions ouvertes sur l'identité de genre garantit que les personnes se sentent respectées lorsqu'elles sont abordées : Comment aimez-vous qu'on s'adresse à vous ? Quels sont vos pronoms ? Êtes-vous en relation avec une personne ?

B

Être **bien** conscient de soi et des autres

CONSEIL PRATIQUE

Il peut être pertinent de demander le consentement à la personne sur les informations qui peuvent être communiquées. Il ne faut pas assumer que l'orientation sexuelle, le genre ou toute autre information jugée sensible peuvent être communiqués à l'équipe de soins sans le consentement de la personne.

Soyez conscient des signaux non verbaux

- La communication non verbale envoie des messages supplémentaires transmis par le contact visuel, les expressions faciales, le ton de la voix et les pauses dans le discours.
- Une expression faciale ouverte et neutre, l'utilisation de signes d'écoute comme le hochement de tête, le contact visuel soutenu et l'adoption d'une posture ouverte peuvent faciliter la communication.

Tenez compte de l'environnement et de qui est dans la pièce

- Assurez-vous d'offrir un environnement favorisant la confidentialité.
- Assurez-vous d'avoir le consentement de la personne.
- Dites à la personne que vous souhaitez poser quelques questions personnelles, notamment sur leur identité de genre et leurs relations. Demandez-lui discrètement si elle accepte ou non d'avoir cette discussion où elle est et avec les personnes présentes.

Impliquez les autres de manière appropriée

- Lorsqu'une personne amène quelqu'un à l'urgence, demandez-lui qui est cet individu sans présomption et si elle est à l'aise d'avoir des discussions en sa présence : Bonjour, je suis heureux de vous rencontrer, vous êtes accompagné d'une personne ? Souhaitez-vous qu'elle soit présente pendant le triage ? Puis-je vous demander quel est votre lien ?
- Si la personne désire être accompagnée, respectez son souhait. Cela démontre votre respect de la personne et de sa dignité. Vous pouvez également apporter votre soutien à la personne et à son proche.

C

Créez des opportunités inclusives de partage

CONSEIL PRATIQUE

Il se peut que vous soyez peu familier avec l'orientation sexuelle, l'identité de genre. Verbalisez poliment votre incompréhension. La reconnaissance de vos limites permet une opportunité de partage de connaissances et d'apprentissage.

Demandez, ne présumez pas

- Il est préférable de poser une question plutôt que d'assumer.
- Il est important de faire savoir aux personnes qu'il est possible de partager ou discuter de tout aspect de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre. Cette opportunité diminue la pression, leur assure que vous ne ferez pas de discrimination et leur permet de se concentrer sur leur santé.
- Avant de poser des questions, préparez-vous et soyez clair sur ce que vous demandez et pourquoi : Avant de commencer le triage, il est important pour moi de comprendre qui vous êtes. Cela inclut la compréhension de votre orientation sexuelle et de votre identité de genre. J'aimerais discuter avec vous de ces sujets. Je fais cela avec toutes les personnes dont je m'occupe, cela peut nous permettre, à moi et à l'équipe, de mieux vous soutenir.

Donnez le choix et du temps

- Lorsque vous questionnez la personne, assurez-vous qu'elle comprend qu'il n'est pas obligatoire de répondre à vos questions. Vous pouvez donner le choix de répondre ou de prendre le temps de réfléchir : Je laisse toujours le choix à chacun de décider s'il souhaite discuter ou non d'un sujet. Si une question n'est pas confortable, il suffit de le signaler, et il est possible de revenir sur certaines questions ultérieurement si vous le souhaitez.

Demandez la permission d'inscrire les informations au dossier

- Demandez le consentement des personnes pour savoir si des informations relatives à leur genre, orientation sexuelle ou des informations jugées sensibles peuvent être inscrites dans leur dossier médical : Je préfère vous demander ce que vous souhaitez qui se retrouve inscrit dans votre feuille de triage. Est-il pertinent d'inscrire les informations sur votre orientation sexuelle ou votre identité de genre ?

Source : (29)

LA PROPHYLAXIE POST-EXPOSITION

À LA SALLE D'URGENCE

Opportunités et défis de la prophylaxie à la salle d'urgence

Il est estimé que la plupart des initiations à la prescription de la PPE sont effectuées dans une salle d'urgence (30,31). Du fait de leur accessibilité, les urgences constituent un environnement de soins unique pour les individus rencontrant des difficultés d'accès aux services de santé et présentant des facteurs de risque au VIH, désirant initier rapidement une PPE (31). Toutefois, la sous-utilisation de la PPE aux urgences, en raison du manque de formation et de connaissances médicales, constitue une occasion manquée pour la prévention du VIH (32). Ces manquements et les retards dans les diagnostics entravent la prévention et la gestion efficace du VIH. Il est souvent constaté que ce sont les personnes issues de groupes marginalisés, sans accès à des soins spécialisés et préventifs, qui se retrouvent à recevoir des soins ponctuels dans les salles d'urgence, subissant ainsi les conséquences d'une prise en charge tardive (33).

Par ailleurs, bien que l'accent ne soit pas nécessairement mis sur la connaissance de la PrEP dans le contexte des urgences, il peut également être bénéfique d'offrir des informations sur les méthodes de prévention du VIH, y compris la PrEP, aux personnes ayant des facteurs de risque qui consultent à l'urgence. Cela pourrait contribuer à réduire les visites répétées aux urgences (33). D'autant plus, il pourrait être bénéfique d'orienter les individus vers des cliniques offrant une prise en charge et un suivi de la PrEP.

Le triage infirmier

Lorsqu'une personne à risque d'exposition au VIH se présente à la salle d'urgence, le processus débute par un triage infirmier pour déterminer la priorité de sa prise en charge. Selon les protocoles et le jugement de l'infirmier.ère, certains établissements ont mis en place des corridors de services spécifiques pour réorienter ces personnes vers des cliniques offrant la PPE.

Selon le *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), l'exposition au VIH serait évaluée comme une priorité 2 (P2) lors d'une exposition à risque élevé et comme une priorité 3 (P3) lors d'une exposition à risque faible (34). Toutefois, il est important de garder en tête que l'évaluation de la personne exposée à un liquide biologique potentiellement infectieux doit se faire le plus rapidement possible afin d'initier un traitement préventif antirétroviral, idéalement dans les 2 h suivant l'exposition et jusqu'à un maximum de 72 h après l'exposition (11,12). Ainsi, le jugement de l'infirmier.ère revêt une importance cruciale dans l'orientation vers une clinique proposant la PPE et dans la détermination de la priorité du triage.

L'anamnèse au triage doit être concise et rapide (34). Pour y parvenir, l'infirmier.ère doit :

- Créer un environnement favorable et sécuritaire lors du triage (35), en :
 - Assurant et expliquant la confidentialité aux personnes lors du triage ;
 - Établissant un climat de confiance, de confort et d'ouverture centrée sur la personne ;
 - Exprimant de l'empathie et établissant un rapport de confiance ;

- Utilisant un langage corporel ouvert et un contact visuel approprié ;
 - Étant conscient que le contexte d'exposition et la réaction sont uniques chez chaque personne ;
 - Évitant d'assumer l'orientation sexuelle, l'identité de genre, la monogamie, les activités ou pratiques sexuelles ;
 - Utilisant un langage simple et culturellement compétent ;
 - Évitant de couper la parole ou d'effectuer des interruptions inutiles ;
 - Écoutant la personne sans prendre de notes ni taper sur l'ordinateur.
- Effectuer une anamnèse sexuellement adaptée, une évaluation de l'exposition en lien avec le VIH ainsi qu'une évaluation de l'état mental de la personne exposée (12,29).

Pour ce faire, l'acronyme 6P permet d'obtenir une anamnèse sexuellement adaptée (36) (Tableau 3). Cet acronyme permet à l'infirmier.ère du triage d'effectuer une évaluation rapide d'une histoire de santé sexuelle. Autrefois limitée à 5P, l'histoire sexuelle doit maintenant être approfondie pour inclure l'évaluation du bien-être sexuel en lien avec les traumatismes et les violences sexuelles (36).

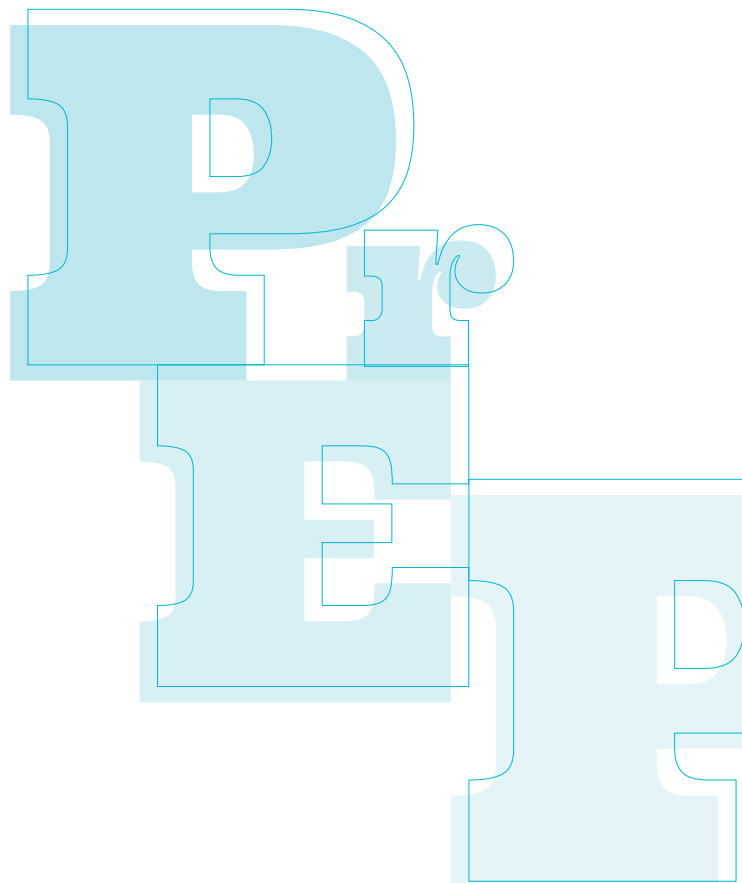


Tableau 3. Acronyme 6P pour établir une histoire de santé sexuelle

EXEMPLES DE QUESTIONS	
INTRODUCTION	<ul style="list-style-type: none"> Êtes-vous d'accord qu'on discute de votre santé sexuelle ? Êtes-vous sexuellement active ? Quel est votre genre ? Comment vous identifiez-vous ? Quel prénom préférez-vous qu'on utilise ?
PARTENAIRE (S)	<ul style="list-style-type: none"> Comment vos partenaires s'identifient-ils ? Combien de partenaires avez-vous eu dans les derniers 6 mois ? Dans quel type de relation vous situez-vous ? Y a-t-il eu un changement dans votre désir sexuel (ou celui de votre partenaire) ou dans la fréquence de vos activités sexuelles ? Rencontrez-vous des partenaires sur des sites de rencontres ?
PRATIQUE	<ul style="list-style-type: none"> À quel type d'activités sexuelles participez-vous ? Participez-vous à des relations sexuelles vaginales, orales, anales ? Est-ce que vous (ou vos partenaires) utilisez des objets sexuels ou des substances particulières (ex. : drogues) pour améliorer votre plaisir sexuel ? Avez-vous déjà eu des douleurs lors des rapports sexuels ? Avez-vous des difficultés avec la lubrification ? Avez-vous des difficultés à atteindre l'orgasme ? Avez-vous des difficultés à obtenir et à maintenir une érection ? Avez-vous des difficultés avec l'éjaculation ? Avez-vous des questions ou des inquiétudes concernant votre fonctionnement sexuel ?
PROTECTION	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, un facteur de risque pour le VIH ? Avez-vous déjà subi un test de dépistage pour le VIH ou pour des ITSS ? Utilisez-vous des moyens de protections contre le VIH (PrEP, préservatif, etc.) ?
PASSÉ MÉDICALE (ITSS)	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous déjà eu un test de dépistage des ITSS ? Avez-vous déjà eu un diagnostic ou un traitement contre une ITSS ? Avez-vous déjà rencontré des problèmes dans votre vie sexuelle ?
PRÉVENTION GROSSESSE	<ul style="list-style-type: none"> Essayez-vous de devenir parent ? Aimeriez-vous tomber enceinte ? Utilisez-vous une méthode de contraception ?
PLUS (TRAUMATISME/VIOLENCE)	<ul style="list-style-type: none"> Avez-vous vécu des expériences sexuelles non désirées ? Avez-vous déjà été forcé ou contraint à avoir des relations sexuelles/activités sexuelles contre votre volonté, que ce soit en tant qu'enfant ou en tant qu'adulte ? Si oui, y a-t-il quelque chose dans cette expérience qui a un impact sur votre sexualité actuelle ? Si oui, y a-t-il quelque chose dans cette expérience qui rend difficile la consultation d'un fournisseur de soins de santé ou l'examen physique (le cas échéant) ?

Sources : (35,36)

Dans un deuxième temps, il est primordial d'évaluer l'exposition au VIH afin de déterminer la gravité du risque. Le Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC du MSSS fournit un cadre de référence pour évaluer l'exposition et les recommandations relatives à l'initiation et au suivi de la PPE (12). Le Tableau 4 est une adaptation de l'ouvrage du MSSS afin d'évaluer l'exposition au VIH (12).

Tableau 4. Questionnaire d'évaluation de l'exposition au VIH

EXEMPLES DE QUESTIONS	
Contexte du risque d'exposition	<ul style="list-style-type: none"> Pouvez-vous me décrire l'événement ? À quelle heure/date avez-vous été possiblement exposé à un risque de VIH ? Avez-vous effectué des premiers soins ?
Type exposition	<ul style="list-style-type: none"> Vous êtes-vous piqué avec une aiguille (type d'aiguille et calibre) ? S'agit-il d'une coupure ? Vous êtes-vous exposé par contact sur une muqueuse ou de la peau non saine ? S'agit-il d'une morsure humaine ? Quelles sont vos pratiques sexuelles ? Est-il possible que vos pratiques sexuelles soient à risque ? Êtes-vous victime de violence sexuelle ?
Évaluation de la personne exposée	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont vos antécédents de santé ? Vivez-vous avec le VIH, VHB ou VHC ? Prenez-vous des médicaments comme la PrEP ? Êtes-vous vacciné contre l'hépatite A/B ? Vos vaccins sont-ils à jour ? Faites-vous partie d'un groupe à risque d'exposition (HARSAH, utilisateur de drogue injectable, originaire d'un pays où le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques) ?
Évaluation de la personne source, s'il y a lieu	<ul style="list-style-type: none"> La personne source est-elle connue ? La personne source vous a-t-elle mentionné qu'elle avait des problèmes de santé (VIH, VHC, VHB) ? Est-elle connue pour une infection par le VIH ? Vous a-t-elle mentionné si elle prenait des antirétroviraux ? Elle vous a parlé de sa charge virale ? La personne source fait-elle partie d'un groupe à risque (HARSAH, UDI, originaire d'un pays où le VIH, le VHB ou le VHC sont endémiques) ?
Déterminer le risque en fonction du statut de la source	<p>Exposition présentant un risque élevé (Source positive ou inconnue)</p> <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous eu une relation sexuelle vaginale (insertive ou réceptive)* ? Avez-vous eu une relation sexuelle anale (insertive ou réceptive)* ? Avez-vous effectué un partage de matériel d'injection ? Avez-vous partagé ou inséré un accessoire sexuel non désinfecté ? Avez-vous été blessé par aiguille ou par objet coupant ? Morsure humaine avec présence de sang ? <p>Exposition présentant un faible risque</p> <ul style="list-style-type: none"> Avez-vous eu une relation sexuelle orale* avec ou sans éjaculation ? Anulingus ou cunnilingus ? Avez-vous eu un contact de liquide biologique sur peau non saine ou muqueuse (le volume détermine le risque) ? Avez-vous eu une piqûre avec une aiguille abandonnée ? <p>* Une relation sexuelle sans condom ou pendant laquelle il y a soit rupture, soit perte du condom, peu importe la durée de cette relation, est considérée comme à risque.</p>

Source : (12)

Finalement, il est important d'évaluer l'état mental de la personne exposée et d'intervenir en conséquence (12). Pour vous soutenir dans l'évaluation de l'état mental, le Tableau 5 est une adaptation de l'ouvrage du MSSS vous permettant d'évaluer l'état mental chez une personne ayant été exposée au VIH (12). Il est important de reconnaître que certaines personnes peuvent manifester une détresse liée à l'événement traumatique ou ressentir une certaine crainte concernant le risque d'exposition au VIH (12). De

plus, certaines personnes vivront cette crainte jusqu'à l'obtention des résultats des tests sanguins (12). Il peut être pertinent d'évaluer l'état mental en cherchant le contexte de l'évènement et la possible présence de violence sexuelle. En effet, les violences sexuelles peuvent accroître le risque de transmission du VIH, notamment parce que l'utilisation du préservatif lors d'une agression sexuelle est souvent absente (37,38).

Tableau 5. Éléments d'évaluation de l'état mental

EXEMPLES DE QUESTIONS

- Qu'arriverait-il si vous étiez infecté par le VIH? Comment réagiriez-vous?
- Avez-vous des idées suicidaires?
- Avez-vous peur de mourir? Peur de contaminer l'entourage?
- Présence de symptômes anxieux, symptômes dépressifs, troubles du sommeil, abus d'alcool, de médicaments ou de drogue?
- Présence de symptômes psychotiques (hallucination, délire)?
- Pourriez-vous avoir des difficultés au regard de l'adhésion au plan de traitement défini par l'équipe médicale?
- Avez-vous déjà eu de la difficulté à tolérer les effets indésirables des antirétroviraux?
- Quelles seront les répercussions de l'évènement sur votre qualité de vie et la capacité à retourner travailler?
- Vivez-vous de l'isolement social et/ou des problèmes relationnels?
- Avez-vous de la difficulté à vous organiser, à mener à terme les tâches personnelles et professionnelles, à vous occuper de vos besoins de base?

Source : (12)

Une fois le triage terminé, il est possible d'effectuer les premiers soins particulièrement lorsque la personne a été exposée à des liquides biologiques, ce qui permettra possiblement de réduire le risque de transmission (12). Pour cela, il est recommandé de :

- Retirer les vêtements souillés.
- En cas d'exposition percutanée (piqûre, coupure, égratignure), de morsure, de contact avec une muqueuse ou une peau non intacte :
 - Ne pas faire saigner la plaie puisque ce n'est plus recommandé;
 - Nettoyer la plaie avec de l'eau et du savon;
 - Éviter de brosser la plaie et de recourir à des solutions corrosives ou irritantes (comme l'eau de Javel ou l'alcool);
 - Rincer la région touchée avec de l'eau ou du sérum physiologique;
 - Appliquer un pansement au besoin.
- En cas d'exposition sexuelle :
 - Aucune mesure de premiers soins n'a démontré son efficacité pour réduire le risque de transmission d'agents infectieux après une exposition de ce type. Selon le contexte clinique, il peut être recommandé à la personne victime d'agression sexuelle de s'abstenir de se laver ou de se brosser les dents afin de faciliter une éventuelle collecte de preuves médico-légales.

L'accès universel et la disponibilité 24 h sur 24 font des salles d'urgence un point d'accès idéal pour les personnes cherchant un traitement PPE après une exposition au VIH (32). L'initiation de la prise d'antirétroviraux à l'urgence à l'aide d'une trousse PPE standardisée contenant des informations et la médication facilite également la prise en charge. Une pratique courante consiste à fournir un approvisionnement partiel à la personne, sous forme de trousse de démarrage. Cette approche permet

de surveiller les résultats de laboratoire, d'ajuster le traitement en fonction de la tolérance médicamenteuse, de limiter les coûts et d'éviter de fournir des médicaments qui ne seront pas utilisés (13). Cependant, une revue systématique d'essais randomisés et d'études observationnelles a montré que le fait de fournir une trousse complète plutôt qu'une trousse partielle est associé à une réduction des refus de la PPE et à une amélioration des taux de complétion de la PPE (39). Cette recommandation ne peut toutefois pas être généralisée en raison de l'hétérogénéité dans l'accessibilité à la PPE, des caractéristiques financières des individus et de la capacité des établissements de santé à fournir et à assumer les coûts des médicaments (39). Pour ces raisons, la trousse de démarrage partielle reste un compromis approprié en termes de rapport coût-bénéfice, aussi bien pour les personnes concernées que pour le système de santé.

Évolution du rôle infirmier dans la PPE

Il est possible que, dans certaines régions, une trajectoire de soins soit établie avec diverses cliniques afin que la prise en charge de la personne exposée soit effectuée non pas à l'urgence, mais plutôt dans une clinique spécialisée dans l'offre et le suivi de la PPE. Plusieurs régions ont des centres désignés qui peuvent assurer la prise en charge de la PPE (12).

Cependant, plusieurs études soutiennent le rôle crucial des infirmiers et infirmières d'urgence dans la gestion de la PPE. Par exemple, une étude française indique qu'un programme de formation du personnel infirmier en matière de triage permet de réduire le temps d'attente pour la première dose de PPE et améliore son accessibilité (40). Une autre étude met en lumière le rôle autonome et la collaboration entre les infirmiers et infirmières et les médecins spécialistes en maladies infectieuses à travers une intervention où le personnel infirmier initie la PPE de manière autonome (41). Dans cette étude, le personnel infirmier en première ligne est chargé de réorienter les personnes provenant des urgences ou des cliniques afin d'entamer un traitement de PPE. Cela illustre un nouveau paradigme où des responsabilités traditionnellement dévolues au corps médical sont transférées, permettant aux infirmiers et infirmières d'effectuer efficacement des interventions de prévention du VIH (42). Ainsi, ces études mettent en évidence l'importance du rôle infirmier dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins. De plus, elles soulignent l'importance du rôle infirmier en milieu d'urgence dans l'initiation autonome et sécuritaire de la PPE ainsi que dans l'orientation des personnes vers des cliniques pour un accès rapide à la PPE, contribuant ainsi à désengorger les services d'urgence.

Mise en situation (suite)

Finalement, vous vous excusez d'avoir eu une attitude stigmatisante, vous lui mentionnez que son intervention était tout à fait justifiée et qu'à l'avenir vous serez plus attentif. Vous lui expliquez vos limites sur la communication inclusive et Éli vous remercie d'avoir pris le temps de vous excuser. Vous pensez au temps restant pour initier la PPE et vous établissez une cote de priorité 2. Vous lui mentionnez que la réorientation n'est pas indiquée afin d'initier rapidement la PPE. Après 45 minutes d'attente, Éli rencontre le médecin de l'urgence et se voit proposer la PPE, soit le Truvada™ (ténofovir + emtricitabine) et l'Isentress™ (raltégravir) pour une durée de 28 jours, ainsi qu'un suivi avec la clinique des maladies infectieuses de l'hôpital.

CONCLUSION

La lutte contre le VIH représente une réalité complexe où la prévention et la prise en charge nécessitent des connaissances approfondies et une approche humaine. Dans ce contexte, le rôle crucial de l'infirmière d'urgence dans la prophylaxie pré et post-exposition ne peut être sous-estimé. Ce dernier contribue significativement à réduire la transmission du virus. Cependant, la stigmatisation et les difficultés de communication rencontrées avec les personnes issues de la communauté LGBTQ+ aux urgences peuvent entraver l'accessibilité aux soins. Il est donc impératif que les professionnels de la santé approfondissent leurs connaissances sur le sujet afin d'adopter une approche inclusive et respectueuse, favorisant ainsi un environnement sécuritaire pour tous. 🌟

L'AUTEUR

William Brindamour
inf., B. Sc.

Infirmier clinicien et étudiant au D.E.S.S. et à la maîtrise en sciences infirmières - infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL)
Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
Urgence du Centre hospitalier de l'Université de Montréal
william.brindamour@umontreal.ca

SOUTIEN FINANCIER

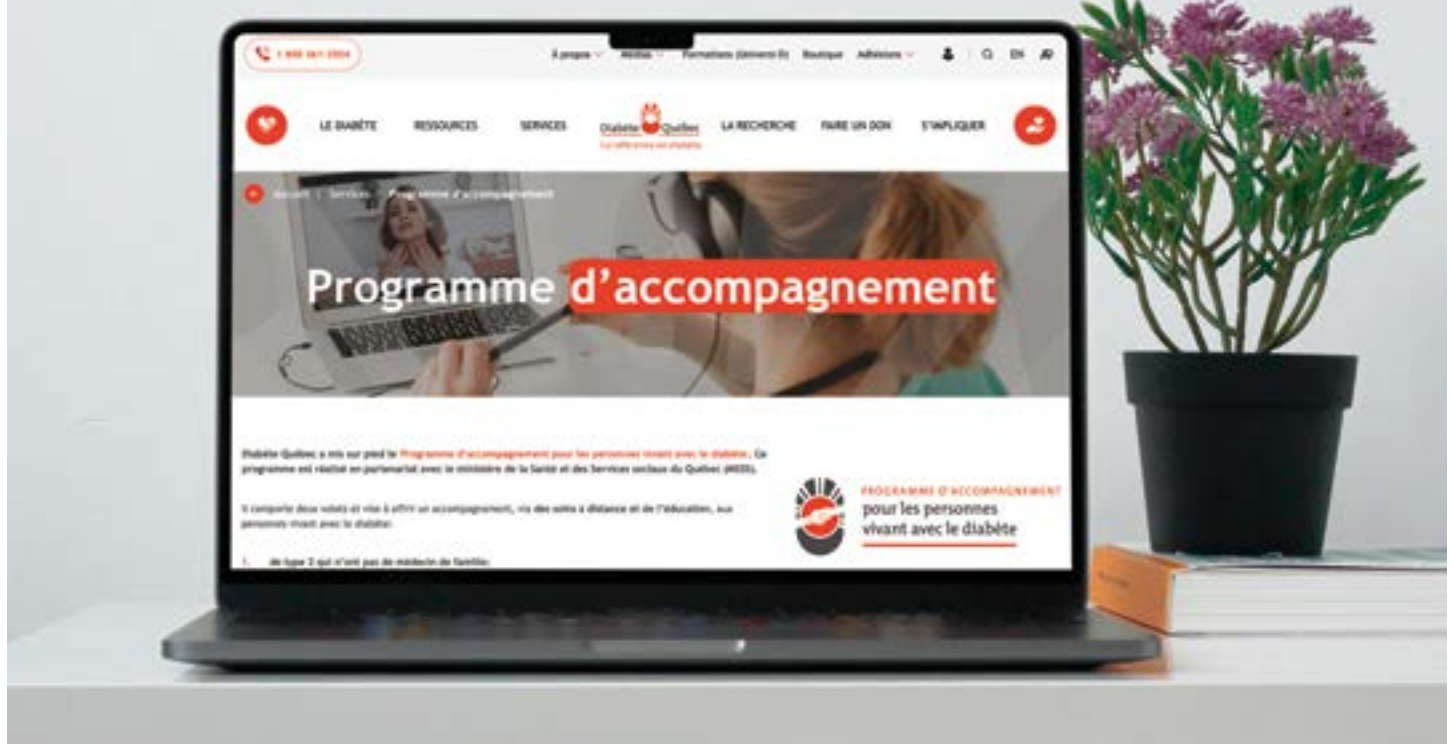
L'auteur n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

- Agence de la Santé Publique du Canada (ASPC). Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes. 2013. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/aids-sida/publication/ps-ps/men-hommes/assets/pdf/pshasrm-revsdpdb-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH. 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90-national-hiv-estimates-report-2018-fr.pdf>
- Copstead-Kirkhorn LEC, Banasik JL. Pathophysiology (6^e éd.). Canada : Elsevier Health Sciences; 2019.
- Portail VIH/sida du Québec (PVSQ). L'essentiel du VIH 3^e édition. 2021. <https://pvsq.org/essentiel-du-vih/>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Risque de transmission du VIH : sommaire des données scientifiques. 2012. https://www.cocqsida.com/assets/files/ressources/ASPC_RISQUE%20DE%20TRANSMISSION%20DU%20VIH-FR_21fev2013.pdf
- Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS (London, England)*. 2014; 28(10), 1509-1519. doi: 10.1097/QAD.000000000000298.
- Bavinton BR, Jin F, Prestage G, Zablotzka I, Koelsch K K, Phanuphak N, ... et Opposites Attract Study Group. The Opposites Attract Study of viral load, HIV treatment and HIV transmission in serodiscordant homosexual male couples: design and methods. *BMC Public Health*. 2014; 14, 1-8. doi: 10.1186/1471-2458-14-917.
- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, ... et PARTNER Study Group. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016; 316(2), 171-181. doi: 10.1001/jama.2016.5148.
- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, ... Pechenov T. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*. 2019; 393(10189), 2428-2438. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). L'effet du traitement des personnes vivant avec le VIH sur le risque de transmission sexuelle de l'infection : Position ministérielle. 2018. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : guide pour les professionnels de la santé du Québec. 2019a. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Guide pour la prophylaxie et le suivi après une exposition au VIH, au VHB et au VHC. 2019b. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-338-01W.pdf>
- Tan DH, Hull MW, Yoong D, Tremblay C, O'byrne P, Thomas R, ... Shafran S. Canadian guideline on HIV pre-exposure prophylaxis and nonoccupational postexposure prophylaxis. *CMAJ*. 2017; 189(47), E1448-E1458. doi: 10.1503/cmaj.170494
- Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, et Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS (London, England)*. 2014; 28(10), 1509. doi: 10.1097/QAD.000000000000298.
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Fiche d'information sur le VIH : Prévention biomédicale du VIH - PrPE et PPE. 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/vih-fiche-information-prevention-biomedicale-ppre-ppe.html>
- AIDES (2021). La PrEP : Mode d'emploi. <https://www.aides.org/prep>
- Heendeniya A, Bogoch II. HIV prevention with post-exposure prophylaxis-in-pocket. *Lancet Public Health*. 2019; 4(10), e494. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30152-5.
- Billick MJ, Sheps J, Bogoch, II. HIV prevention with postexposure prophylaxis-in-pocket (PIP). *BMJ*. 2023; 382. doi: 10.1136/bmj-2023-076016,
- Guide thérapeutique VIH/VHC. Tableaux synthèse des antirétroviraux 2022-2023. 2023. <https://www.guidetherapeutiquevih.com/outils-professionnels/tableau-synthese-des-antiretroviraux/>
- Sultan B, Benn P, Waters L. Current perspectives in HIV post-exposure prophylaxis. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*. 2014; 147-158. doi: 10.2147/HIV.S46585.
- DeHaan E, McGowan JP, Fine SM, Vail R, Merrick ST, Radix A, ... Gonzalez, CJ. PEP to prevent HIV infection. 2020. <https://www.hivguidelines.org/guideline/hiv-pep/>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Dominguez KL, Smith DK, Thomas V, Crepez N, Lang K, et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV - United States. 2018. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38856?utm_medium=referral&utm_source=r360
- Ontario HIV treatment network (OHTN). The efficacy of post-exposure prophylaxis (PEP) for HIV. 2019. https://www.ohtn.on.ca/wp-content/uploads/2019/03/RR134_PEP-effectiveness_final_March182019.pdf
- Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, ... Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. *New England Journal of Medicine*. 1997; 337(21), 1485-1490. doi: 10.1056/NEJM199711203372101.
- Bidell MP. The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Development of Clinical Skills Scale (LGBT-DOCSS): Establishing a new interdisciplinary self-assessment for health providers. *J Homosex*. 2017; 64(10), 1432-1460. doi: 10.1080/00918369.2017.1321389.
- Sekoni AO, Gale NK, Manga-Atangana B, Bhadhuri A, Jolly K. The effects of educational curricula and training on LGBT-specific health issues for healthcare students and professionals: a mixed-method systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2017; 20(1), 21624. doi: 10.7448/IAS.20.1.21624
- Brous, E. Legal issues with sexual and gender minority patients in the emergency department. *JLNC*. (2019); 30(2), 30-37.
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Santé et bien-être des personnes de la diversité sexuelle et de la pluralité de genre : lignes directrices. 2023. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-302-01W.pdf>
- Braybrook D, Bristowe K, Timmins L, Roach A, Day E, Clift P, ... Harding R. Communication about sexual orientation and gender between clinicians, LGBT+ people facing serious illness and their significant others: a qualitative interview study of experiences, preferences and recommendations. *BMJ Qual Saf*. 2023; 32(2), 109-120. doi: 10.1136/bmjqs-2022-014792.
- Malinverni S, Libois A, Gennotte AF, La Morté C, Mols P. Prescription of non-occupational post-exposure HIV prophylaxis by emergency physicians: an analysis on accuracy of prescription and compliance. *PLoS One*. 2016; 11(4), e0153021. doi: 10.1371/journal.pone.0153021
- Stanley K, Lora M, Merjavý S, Chang J, Arora S, Menchine M, Jacobson KR. HIV prevention and treatment: the evolving role of the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2017; 70(4), 562-572. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.01.018.
- O'Donnell S, Bhaté TD, Grafstein E, Lau W, Stenstrom R, Scheuermeyer FX. Missed opportunities for HIV prophylaxis among emergency department patients with occupational and nonoccupational body fluid exposures. *Ann Emerg Med*. 2016; 68(3), 315-323. doi: 10.1016/j.annemergmed.2016.03.027.
- Elam C. Emergency nurses' perspectives on HIV screening in the emergency department (ED) (Doctoral dissertation, Rutgers University-School of Nursing-RBHS). 2021.
- Canadian triage and acuity scale (CTAS). L'échelle canadienne de triage et de gravité: Manuel de formation. Version 2.4. 2011. https://caep.ca/wp-content/uploads/2017/06/module_1_slides_v2.4.pdf
- Savoy M, O'Gurek D, Brown-James A. Sexual health history: techniques and tips. *AFP*. 2020; 101(5), 286-293. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0301/p286.html>
- Rubin ES, Rullo J, Tsai P, Criniti S, Elders J, Thielen JM, Parish SJ. Best practices in North American pre-clinical medical education in sexual history taking: consensus from the summits in medical education in sexual health. *J Sex Med*. 2018; 15(10), 1414-1425. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.08.008.
- Finneran C, Stephenson R. Intimate partner violence among men who have sex with men: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2013; 14(2), 168-185. doi: 10.1177/1524838012470034.
- O'Neal EN, Decker SH, Spohn C, Tellis K. Condom use during sexual assault. *J Forensic Leg Med*. 2013; 20(6), 605-609. doi: 10.1016/j.jflm.2013.03.023.
- Ford N, Venter F, Irvine C, Beanland RL, Shubber Z. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. *Clin Infect Dis* 2015; 60(suppl_3), S182-S186. doi: 10.1093/cid/civ093.
- Casalino E, Kenway P, Bouzid D, Goncalves S, Antonio S, Radou L, ... Ghazali DA. Implementation of HIV-exposures triage strategy in emergency departments to improve nurse-triage for HIV-exposures: A pre and post-intervention period study. *Int Emerg Nurs*. 2019; 47, 100786. doi: 10.1016/j.ienj.2019.100786.
- O'Byrne P, Vandyk A, Orser L, Haines M. Nurse-led PrEP-RN clinic: a prospective cohort study exploring task-Shifting HIV prevention to public health nurses. *BMJ Open*. 2021; 11(1): e040817. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040817.
- Organisation des nations unies (ONU). Task shifting: Global recommendations and guidelines. 2007. <https://www.aids-databank.org/sites/default/files/resource/treat-train-retain-hiv-aids-task-global-recommendations-and-guidelines-2007.pdf>



Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète

par [Valérie Savard](#)

Diabète Québec est une association sans but lucratif qui accompagne les personnes vivant avec le diabète et les professionnels de la santé en offrant des services et des ressources, et ce, depuis des décennies. Cet article a pour but de présenter le nouveau Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète.

Monsieur Cormier, un homme de 64 ans vivant avec le diabète de type 2, consulte à l'urgence puisque depuis les dernières semaines, il est toujours fatigué, urine très fréquemment, a la vision embrouillée et a perdu du poids. Il est sur la liste d'attente pour avoir un médecin de famille, il oublie souvent sa médication et ne mesure pas sa glycémie à la maison. Il n'a jamais vraiment reçu d'enseignement sur le diabète et ne comprend pas l'importance de sa maladie. L'infirmier.ère du triage mesure sa glycémie : 24 mmol/L. La médication est ajustée par le médecin sur place. Ce patient aurait besoin d'éducation et de suivi, toutefois, l'infirmier.ère d'urgence se trouve dépourvu.e de ressources pour les effectuer.

Une nouvelle ressource

Le nom utilisé est fictif, mais la situation est bien réelle. Près de 2 millions de personnes au Québec sont sans médecin de famille (1). De ce nombre, des dizaines de milliers vivent avec le diabète de type 2 (1,2). Plusieurs d'entre elles vont nécessairement transiter par les différentes urgences du Québec. Sachez qu'il existe une nouvelle ressource où référer ces personnes, soit



PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT
pour les personnes
vivant avec le diabète

le Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète.

Issu d'un partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce service est entièrement gratuit.

L'offre de service de Diabète Québec

Parmi les services de Diabète Québec, on retrouve :

- Un site Internet contenant des dizaines de pages d'informations et ressources;
- Plusieurs outils éducatifs (dépliants, brochures, guides, etc.);
- Un service InfoDiabète mené par des infirmières et nutritionnistes avec lesquelles il est possible de communiquer gratuitement pour poser des questions sur le diabète;
- De la formation pour les personnes vivant avec le diabète et pour les professionnels de la santé;
- Le nouveau Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète via Universi-D, l'école du diabète de Diabète Québec.

Le Programme d'accompagnement comporte deux volets. Le premier s'adresse aux personnes vivant avec le diabète de type 2 sans médecin de famille et le deuxième aux personnes vivant avec le diabète de type 1 sans endocrinologue. Dans les deux cas, le but est d'offrir un accompagnement via des soins à distance et de l'éducation. Afin d'offrir des soins partout au Québec, tous les rendez-vous se font de façon virtuelle.

Trajectoire des patient.es

Les personnes inscrites au Programme d'accompagnement suivent la trajectoire suivante :

1. Rencontre d'évaluation avec une professionnelle de la santé;
2. Accès à de l'éducation en ligne;
3. Examen de santé, au besoin;
4. Initiation ou modification de la médication, au besoin;
5. Minimum de quatre rencontres de 30 minutes avec une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues (volet diabète de type 2);
6. Minimum de deux rencontres par année avec un.e endocrinologue et une équipe multidisciplinaire composée d'infirmières, de nutritionnistes et de kinésiologues (volet diabète de type 1).

Des canaux de communication sont prévus pour communiquer avec les professionnels de la santé gravitant autour des patient.es et un résumé de dossier est fait à l'intention du ou de la médecin de famille, présent.e ou futur.e.

Complémentarité avec le réseau de la santé

Le programme d'accompagnement de Diabète Québec n'a pas pour but de remplacer le réseau de la santé, mais plutôt de le soutenir. Il s'inscrit parmi les autres ressources disponibles, offrant ainsi une option supplémentaire pour répondre aux nombreux besoins des patient.es orphelin.es vivant avec le diabète de type 2.

Comment référer des patient.es

Les personnes vivant avec le diabète de type 2 qui désirent bénéficier d'un accompagnement doivent :

- S'inscrire en ligne sur le site de Diabète Québec : diabete.qc.ca/service/programme/ ou
- Appeler au 514 259-3422 | 1 800 361-3504, poste 7 ou
- Écrire à programme@diabete.qc.ca

Les personnes vivant avec le diabète de type 1 qui désirent bénéficier d'un accompagnement doivent avoir une demande de consultation. Cette demande peut être acheminée par courriel à programme@diabete.qc.ca ou par fax au 514 259-9286.

Pour obtenir de plus amples renseignements : diabete.qc.ca, sous l'onglet « Services ».

RÉFÉRENCES

1. Institut de la statistique du Québec. Proportion de la population inscrite à un médecin de famille. 2023. https://statistique.quebec.ca/docs-ken/vitrine/occupation-vitalite-territoire/documents/services_proximite_03.pdf
2. Robert P, O'Connor S, Perron L, Dubé M, Trépanier PL, Leclerc J, Poirier P, Blais C. Portrait du diabète dans la population québécoise âgée d'un an et plus de 2001 à 2019. Institut national de santé publique du Québec; 2019, numéro 39. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2858-portrait-diabete-population-agee-un-an-et-plus-2001-2019>

L'AUTEURE:

Valérie Savard

DT.P., M.Sc., ÉAD

Directrice programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète
Nutritionniste, éducatrice agréée en diabète
savard@diabete.qc.ca

AIDE FINANCIÈRE

L'auteur.e n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteur.e est la directrice du Programme d'accompagnement pour les personnes vivant avec le diabète à Diabète Québec.





Activités de simulation interprofessionnelles en partenariat: GMF-U et Collège d'Alma

par **Sabrina Blais**

ENTREVUE



Laurie Martin
inf., B. Sc.
Infirmière clinicienne au GMF-U Alma
Coordonnatrice du projet « mégacodes »

La simulation interprofessionnelle en santé est mise en place depuis de nombreuses années dans les milieux de soins. Son efficacité et ses avantages pour l'individu, l'équipe de soins et l'organisation sont inéluctables. Depuis plusieurs années, le GMF-U d'Alma a mis en place des simulations interprofessionnelles à grand déploiement, en partenariat avec le Collège d'Alma. Ces simulations, qui se produisent plusieurs fois par année, mettent en pratique des situations d'urgence et impliquent des personnes étudiantes de plusieurs programmes, dont en soins infirmiers ou encore des résidents en médecine de famille. Cet article est donc le fruit d'une entrevue avec

Laurie Martin, infirmière clinicienne au GMF-U d'Alma depuis 2020 et coordonnatrice du projet « mégacodes ». Au quotidien, en plus d'assumer la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins biopsychosociaux des personnes soignées qui lui sont confiées, elle collabore et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues, notamment pour la formation des étudiant.es en médecine dans le cadre du volet universitaire du GMF-U. De ce fait, elle coordonne et participe activement aux activités de simulations de type « mégacodes ».



Les personnes participantes à la simulation sont généralement des externes ou des résidents en médecine de famille en 1^{re} ou en 2^e année, des personnes étudiantes de 3^e année en soins infirmiers ou en inhalothérapie et des inhalothérapeutes. Dans certains cas, par exemple, lorsque les sujets des simulations sont plus spécifiques, comme dans le cas de la traumatologie ou de la santé mentale, les personnes participantes proviennent aussi des programmes de Techniques policières et en soins préhospitaliers d'urgence. Il s'agit de simulations de type haute-fidélité avec un mannequin possédant une interface qui peut interagir. Dans certaines occasions, les simulations se déroulent aussi avec un patient standardisé, donc un acteur, lorsque l'objectif de la simulation est d'évaluer une relation thérapeutique.

Les personnes participantes font face à une situation qui leur est inconnue et doivent agir au meilleur de leurs compétences afin d'assurer une prise en charge interdisciplinaire, qui se veut être la plus optimale possible. Bien évidemment, ces simulations ont lieu à la base pour apprendre et se laisser la chance de commettre des erreurs, le tout, dans un environnement contrôlé et sécuritaire. C'est pourquoi, suivant la simulation, nous effectuons une période de débriefing d'environ 45 minutes pour revenir sur ce qui a bien et moins bien été. Ce moment est nécessaire pour permettre de ventiler certaines émotions pouvant avoir été vécues par les personnes participantes, valider les théories et les techniques appliquées, ou encore, justifier certaines actions selon les objectifs préétablis des scénarios. À la fin de ces débriefings, il est important que toutes les personnes participantes aient eu la chance de verbaliser comment ils ont vécu cette expérience. Il est impératif pour les animateurs du débriefing que personne ne reste avec un sentiment négatif ou une quelconque ambiguïté face à la simulation qui s'est produite.

Tout d'abord, en quoi consiste votre rôle au sein du projet?

Mon implication au sein du projet est très vaste. En premier lieu, je coordonne les six activités qui ont lieu annuellement et m'assure que toutes les personnes participantes et collaboratrices (personnel enseignant, personnes étudiantes, autres professionnels de la santé, etc.) soient présentes. Avec mes collègues de l'équipe médicale, nous rédigeons les scénarios des simulations. Lors des journées de simulations « mégacodes », j'ai également la charge de la préparation du matériel nécessaire, y compris le maquillage des mannequins, de même que la gestion du temps. De plus, je participe aux simulations à titre de facilitatrice et d'animatrice du débriefing. J'ai un gros rôle au sein du projet, mais c'est un projet qui ne serait pas possible sans l'apport et le soutien de ma collègue, Marie-Ève Racine, infirmière clinicienne.

En quoi consiste le projet « mégacodes »?

Il s'agit d'activités de simulations d'urgence d'une durée de 15 à 20 minutes, impliquant des personnes étudiantes de plusieurs programmes. Ces activités ont lieu six fois par année. Les scénarios mettent en pratique les compétences associées au BLS (*Basic Life Support*), à l'ACLS (*Advanced Cardiac Life Support*), à l'ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) ou au PALS (*Pediatric Advanced Life Support*). Les scénarios ont trois degrés de difficulté, allant de facile à difficile. Ces degrés de difficulté sont adaptés en fonction du niveau de connaissances des personnes apprenantes.

Dans quel contexte le projet est-il né et comment la collaboration entre le GMF-U et le collège d'Alma s'est-elle développée?

Les activités de simulations font partie intégrante de l'apprentissage des résidents en médecine au GMF-U d'Alma, et ce, depuis 2006. Ce sont initialement les docteurs Marc-Alain Bussière et François Péloquin, médecins à l'urgence d'Alma, qui ont été mandatés comme pédagogues pour le volet des soins critiques. Les activités de simulations se sont tenues pendant plusieurs années dans les locaux du GMF-U, un local peu adapté aux besoins, très petit et sans matériel. De plus, il n'y avait pas vraiment de structure organisationnelle pour le développement et la mise en place des simulations et celles-ci se déroulaient plutôt « à la bonne franquette ».

C'est en 2018 qu'une première collaboration est née entre le GMF-U et le Collège d'Alma. La maison d'enseignement a gentiment accepté de prêter son laboratoire de soins infirmiers au GMF-U d'Alma, à raison de six activités de simulation par année. À l'automne 2022, l'institution collégiale s'est dotée d'un tout nouveau laboratoire de soins infirmiers à la fine pointe de la technologie, donnant ainsi encore plus de valeur au partenariat. C'est pendant cette même période, que l'ajout de personnes participantes aux simulations s'est développé. Dans les années initiales du projet, seulement les étudiants en médecine prenaient part aux simulations. À mon avis, cela ne permettait pas de rendre honneur au travail de l'équipe interdisciplinaire, particulièrement important en soins critiques. Dans le but de promouvoir l'authenticité et le réalisme des simulations et surtout de bonifier l'apprentissage de la collaboration interprofessionnelle, nous avons



travaillé d'arrache-pied pour intégrer les personnes étudiantes en technique en soins infirmiers du Collège d'Alma à l'activité et nous avons réussi! Subséquemment, un stage en 3^e année de soins infirmiers est maintenant dédié à l'activité « mégacodes » et la participation y est obligatoire. Les personnes étudiantes sont supervisées par un enseignant du programme qui fixe les objectifs et réalise les évaluations associées.

Sur cette même lancée, nous trouvions qu'une équipe de soins critiques ne pouvait être complète sans la participation d'inhalothérapeutes. Ainsi, nous sommes parvenues à faire créditer les heures consacrées à l'activité aux inhalothérapeutes de l'hôpital d'Alma qui désirent y prendre part et, par le fait même, bonifier leurs heures de formation obligatoires annuelles. Ils jouent un rôle primordial dans une salle de réanimation et c'est pourquoi leur présence est essentielle lors des simulations. Cela permet aux étudiants de bien discerner leur rôle et leur importance dans un département d'urgence.

Quels sont les besoins qui ont justifié la mise en place de ces simulations?

Vivre une situation clinique d'urgence est déjà un évènement anxiogène en soi, alors on peut imaginer le stress induit lorsque c'est la première fois que l'on fait face à ce genre de situation et que l'on doit agir le plus promptement et consciencieusement possible. Le simple fait de pouvoir mettre en pratique les théories apprises dans un contexte d'apprentissage sécuritaire où l'on peut commettre des erreurs sans qu'il n'y ait d'impact direct sur la vie de la personne soignée justifie entièrement la mise en place de ces simulations.

Quelles différences avez-vous constaté auprès des personnes participantes ou des organisations depuis la mise en place du projet?

Suivant la réorganisation des simulations « mégacodes », il nous a été rapporté une appréciation globale de la part des deux institutions impliquées. Une stabilité s'est graduellement instaurée et il est maintenant plus aisé de planifier les activités, car les fondements sont ancrés, ce qui assure un certain équilibre. Il est maintenant plus facile d'assurer un continuum d'apprentissage. Nous en sommes à optimiser ce qui est déjà fonctionnel et en place dans le but d'offrir une expérience significative et enrichissante aux personnes étudiantes. Jusqu'à maintenant, les commentaires que nous recevons de part et d'autre nous confirment que c'est réussi!

Effectivement, en continuant sur cet aspect, comment les personnes participantes reçoivent-elles le projet?

Depuis l'ajout de différents professionnels de la santé aux simulations « mégacodes », nous avons tout de suite constaté une augmentation de l'engouement et de l'enthousiasme de la part des personnes étudiantes en médecine. Celles-ci nous ont nommé à plusieurs reprises à quel point cela ajoutait du réalisme aux simulations, et surtout, comment cela leur permettait d'apprendre le rôle et les fonctions de chaque profession.

Du côté infirmier, le fait de se voir en égaux face à leurs collègues de médecine permet aux personnes étudiantes en soins infirmiers de prendre de l'assurance, de se faire confiance et de concrétiser l'importance qu'ils ont au sein de l'équipe. Les simulations permettent de communiquer et collaborer sans crainte d'être jugé ou critiqué d'avoir commis une erreur. Le fait d'avoir déjà vécu certaines situations cliniques assure une meilleure maîtrise de leurs

compétences et se reflète conséquemment par la suite lors de leur début de pratique dans les milieux cliniques.

Quelles sont les ressources nécessaires pour mettre en place un projet comme celui-ci ?

En premier lieu, sur le plan matériel, il est primordial d'avoir un espace propice, notamment qui soit assez grand et comprenant le matériel adéquat pour les simulations, afin que celles-ci soient le plus réalistes possible. On doit donc penser à tout ce qui peut se trouver dans une salle de réanimation et que l'on utilise quotidiennement pour intervenir auprès de personnes soignées sur un département d'urgence. Cela peut engendrer beaucoup de dépenses en premier temps, mais les bénéfices obtenus auprès des personnes étudiantes, à long terme, en valent grandement la peine. Effectivement, nous avons trouvé que plus la simulation vécue avait un haut niveau de réalisme, plus ils seront en mesure d'intervenir rapidement et efficacement dans une situation réelle par la suite.

J'ajouterais qu'il est également très important d'avoir une bonne planification, car les simulations demandent beaucoup de temps, d'organisation et de préparation. La collaboration interprofessionnelle prend tout son sens pour ce genre de projet où l'entraide est indispensable. De notre côté, il faut au moins entre quatre à cinq personnes minimalement pour pouvoir mener à terme ce type de simulation, ne serait-ce que pour animer les débriefings, faciliter les simulations, préparer la salle, écrire les scénarios, etc.

Si vous souhaitez en apprendre plus sur le projet, vous pouvez communiquer directement avec Laurie Martin à l'adresse courriel suivante : laurie.martin@ssss.gouv.qc.ca ✉

L'AUTEURE:

Sabrina Blais
inf., M. Sc.

Chargée de stages, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Infirmière clinicienne, Urgence, Hôpital Jean-Talon, CIUSSS-du-Nord-de-l'Île-de-Montréal
sabrina.blais@hotmail.com

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêt en lien avec cet article. Il est toutefois à noter que l'auteure est éditrice associée de la revue *Soins d'urgence*.

CRÉDIT PHOTO

Laurie Martin, 2024



ᐅᖃᓴᓂ ᐅᓕᓕᓴᓐ ᖃᓄᓴᖃᓂᓴᓂᓴᓂ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

PERSONNEL INFIRMIER RECHERCHÉ

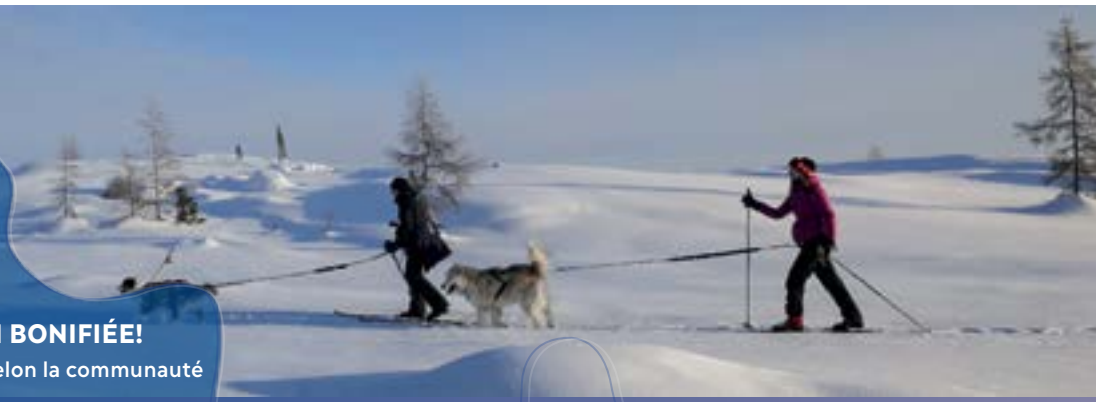
PRIME DE RÉTENTION BONIFIÉE!

Jusqu'à 24 829 \$ / année selon la communauté

- En plus de la prime de vie chère, d'éloignement et de CLSC jusqu'à 29 689 \$ / année
- Transport et logement meublé fournis
- Jusqu'à 16 semaines de congé / année
- Possibilité de temps partiel occasionnel et temps partagé (4/4, 5/5, 6/6 sem)
- Congé nordique accepté dans un délai de 45 jours
- Accès gratuit au gym à Kuujuaq
- Une super équipe de 10 conseillers en soins infirmiers pour vous soutenir
- Un suivi personnalisé par notre conseillère en dotation DSI

VENEZ VIVRE UNE EXPÉRIENCE CULTURELLE
UNIQUE ET ENRICHISSANTE AU SEIN DE LA
COMMUNAUTÉ INUIT DE LA BAIE D'UNGAVA.

Des questions? Écrivez-nous :
recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca





L'utilisation de la télépratique dans un contexte d'évaluation brève à l'urgence

par **Direction des services d'urgence (DSU)**

L'infirmière qui œuvre au triage doit être en mesure de prendre contact avec les personnes arrivant dans un service d'urgence dans un délai maximal de 10 minutes, conformément aux lignes directrices du triage de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ) (1). Lorsque requis, l'évaluation brève (communément appelé prétriage) est une pratique essentielle et sécuritaire qui permet de respecter ce délai, de prioriser les personnes et de repérer rapidement celles qui nécessitent une intervention urgente (2).

C'est dans cette perspective qu'en mai 2022, l'évaluation brève en télépratique a été déployée à l'urgence du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et ensuite à l'hôpital Saint-Sacrement en mai 2023. Inspiré par le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) qui a mis en place, de façon temporaire, l'évaluation brève en télépratique pendant la pandémie de COVID-19, le Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval (CHUL) a décidé de bonifier et de pérenniser cette mesure dans certaines de ses installations. Par ailleurs, l'urgence de Chicoutimi du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CIUSSS SLSJ) s'est basée sur le modèle du CHU de Québec afin d'intégrer la télépratique dans son secteur du triage en mars 2023.

La télépratique se définit comme l'exercice d'une profession à distance à l'aide des technologies de l'information et des communications (3).

«L'utilisation de la télépratique dans un contexte d'évaluation brève d'un usager est réalisée à distance, au moyen d'un écran d'ordinateur, par une infirmière habilitée, affectée en surplus de l'équipe en place. Cela permet de réaffecter à d'autres fonctions ou activités de soins le personnel infirmier dont une condition particulière pourrait empêcher d'être affecté aux services d'urgence» (4, p. 1).

L'évaluation brève en télépratique peut être réalisée lorsqu'une infirmière est attitrée à ce rôle et que ce type d'évaluation est nécessaire pour répondre aux normes des lignes directrices de l'OIIQ. L'usager est donc dirigé à l'endroit prévu à cet effet et rencontre une infirmière, via un ordinateur, mais qui est physiquement dans un bureau de l'installation. Après avoir validé le consentement de l'usager pour cette pratique, elle effectuée, comme en présentiel, l'évaluation brève de l'usager.

Pour les usagers étant moins à l'aise avec la technologie ou bien ceux ayant certaines limitations, un préposé ou un agent de sécurité reste disponible pour les assister. Néanmoins, il est toujours possible d'effectuer l'évaluation brève en présentiel par le personnel du triage sur place.

La mise en place de cette pratique a notamment permis au CHUL et au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean d'améliorer, de façon considérable, certains indicateurs, dont le délai entre l'arrivée de l'utilisateur et son évaluation complète, en lien avec l'ajout d'une ressource infirmière au triage, mais qui n'y est pas physiquement. Selon les données disponibles dans le PowerBI du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour l'urgence du CHUL, le délai entre l'arrivée de l'utilisateur et la fin du premier triage a presque diminué de moitié en 2023-2024 par rapport à 2021-2022, passant de 40 à 21 minutes, tous quarts confondus. Par ailleurs, l'infirmière affectée à l'évaluation brève en télépratique est en mesure d'effectuer les réévaluations de certains usagers en attente de prise en charge médicale. Selon les données de l'installation du CHUL, le taux de réévaluation au triage est passé de 19 % en 2022-2023 à près de 60 % en 2023-2024 (période P1 à P11).

Dans les deux établissements, les infirmières du triage ont été questionnées sur les impacts de l'évaluation brève en télépratique et ont mentionné être très satisfaites de son implantation. Elles estiment que d'avoir une infirmière, en surplus de l'équipe, qui effectue rapidement une évaluation brève afin de prioriser les usagers se présentant à l'urgence amène une diminution importante de la charge de travail et de la pression reliée au fait que le temps d'attente au triage s'accumule. La diminution des délais améliore l'expérience ainsi que la sécurité des usagers et facilite énormément le travail des infirmières. De plus, les corridors de communications mis en place entre l'infirmière qui effectue l'évaluation brève en télépratique et celle du triage sont efficaces et sécuritaires pour la clientèle.

Enfin, selon un sondage mené l'été dernier au CHUL auprès de 100 usagers ayant utilisé cette nouvelle pratique innovante, 92 ont apprécié la nouvelle offre de service. Pour l'installation du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean un sondage réalisé en continu sur l'expérience des usagers démontre qu'une majorité d'usagers sont satisfaits de leur expérience et 60 % mentionnent avoir eu une évaluation en moins de 15 minutes suivant leur arrivée à l'urgence.

Ainsi, en collaboration avec la direction des soins et services infirmiers et les établissements partenaires, des orientations ministérielles ont été publiées en février 2024 afin de soutenir les installations qui voudraient mettre en place l'évaluation brève en télépratique dans leur service d'urgence qui effectue de façon soutenue de l'évaluation brève. Elles comprennent notamment des informations importantes sur l'organisation des services ainsi que sur les éléments essentiels à sa mise en œuvre telles que la confidentialité, la réponse aux usagers, la sécurité du processus ainsi qu'un volet technologique. Vous y trouverez aussi les fonctions et les responsabilités de l'infirmière y étant attitrée ainsi que des indicateurs de suivi pouvant être utilisés par les gestionnaires. Elles sont disponibles au lien suivant : L'utilisation de la télépratique dans un contexte d'évaluation brève à l'urgence.

Également, des outils cliniques réalisés notamment par le CHUL et le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean sont disponibles pour consultation dans le Portail des services d'urgence (MSSS - Portail des services d'urgence : protocoles, procédures et projets innovants - Accueil (sharepoint.com) qui est accessible à tous les professionnels du réseau de la santé par le biais de leur adresse courriel réseau.

L'équipe de la direction des services d'urgence (dsu@msss.gouv.qc.ca) ainsi que le CHUL (Mylène Ferrand coordonnatrice des soins critiques - volet des urgences, CHU de Québec - Université Laval, mylene.ferrand@chudequebec.ca) et le CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Laurie Fortin, conseillère cadre clinique à la Direction des services professionnels, diagnostiques et thérapeutiques, laurie.fortin@ssss.gouv.qc.ca) sont disponibles en tout temps pour répondre à vos questions et vous accompagner tout au long du processus d'implantation de l'évaluation brève en télépratique. 📩

RÉFÉRENCES

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Triage à l'urgence : lignes directrices. 2019. <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-direct-trices-web.pdf>
2. Gagnon-Gervais M, Simard G, Lapierre A. (2022). Huit étapes pour un triage infirmier optimal à la salle d'urgence. *Soins d'urgence*, 3(1), 13-18. doi.org/10.7202/1101698ar
3. Benoit M, Bergeron J, Bertrand G, Bouchard J, de Lanux C, Di Palma S, Greiche S, Roy C, Thompson N. Outil d'aide à la décision Télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relation humaines. Groupe de travail sur la télépratique du Conseil interprofessionnel du Québec; 2016. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4071518>
4. Aubut A-A. Orientations ministérielles : L'utilisation de la télépratique dans un contexte d'évaluation brève à l'urgence. Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-905-04W.pdf>

Note : La version en ligne contient l'ensemble des liens hypertextes pour accéder à la documentation.

LES AUTEURES :

Andrée-Ann Aubut

inf., B. Sc., M. Sc. en développement des organisations
Conseillère clinique MSSS

Mylène Ferrand

inf., B. Sc., M. Sc. en développement des organisations
Coordonnatrice des soins critiques - volet des urgences
CHU de Québec-Université Laval

Laurie Fortin

inf., B. Sc.
Conseillère cadre programmes transversaux DSP, DSST
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean

AIDE FINANCIÈRE

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Andrée-Ann Aubut est conseillère clinique à la Direction des services d'urgence du ministère de la Santé et des Services sociaux. Mylène Ferrand et Laurie Fortin sont impliquées dans la mise en place de ce projet au Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval et au CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.



Vous aussi vous voulez contribuer
à 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). 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.**

Merci à nos généreux partenaires

PARTENAIRES ANNUELS DE L'AIUQ



NOS COLLABORATEURS



AIUQ



DEVENIR MEMBRE DE L'AIIUQ

BEAUCOUP D'AVANTAGES À ÊTRE MEMBRE!

Être membre de l'AIIUQ vous apportera plusieurs avantages professionnels ainsi qu'une mise à jour des connaissances en soins d'urgence et vous permettra de participer au développement de celles-ci.

RABAIS AVANTAGEUX

- Prix réduit sur les 20 formations annuelles de l'AIIUQ (CTAS, Toxicologie, EPICC – Fondements, EPICC – Pédiatrique, EPICC – Traumatologie, Cardiologie, et bien d'autres);
- Prix réduit sur le Congrès et le Symposium annuel de l'AIIUQ.

ACCÈS PRIVILÉGIÉS

- Accès gratuit à la plateforme de formation en ligne en médecine d'urgence TopSI;
- Accès à des annonces spécialisées en soins d'urgence sur la section membres du site Internet;
- Accès aux bourses d'études (une bourse de 500\$ et une bourse de 1000\$);
- Adhésion gratuite de 1 an à la NENA;
- 30% de rabais sur l'abonnement annuel à l'application mobile EZResus;
- Possibilité de recevoir la revue *Soins d'urgence* en format papier.

SOUTIEN EN TOUT TEMPS

Soutien via courriel ou téléphone pour répondre à vos questions sur les soins d'urgence.



POUR DEVENIR MEMBRE, RENDEZ-VOUS SUR: WWW.AIIUQ.QC.CA/ADHESION