

LA REVUE DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE DU QUÉBEC – MAI 2025 VOL. 6 – NO 1

SOINS D'URGENCE

À LA UNE **LA PRISE EN CHARGE INITIALE À L'URGENCE DES VICTIMES DE BRÛLURES GRAVES EN PRÉVISION D'UN TRANSFERT INTERHOSPITALIER**

RÔLE INFIRMIER

Développer ses compétences avec une certification en soins d'urgence

PRATIQUE CLINIQUE

Le trouble de l'usage des opioïdes : évaluation et interventions infirmières à l'urgence

PROJET INNOVANT

Soigner autrement : quand la zoothérapie s'invite à l'urgence



Association
des infirmières
et infirmiers
d'urgence
du Québec

RÉDACTRICES EN CHEF

Alexandra Lapierre, inf., Ph. D.

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., Ph. D.

ÉDITEUR.TRICES ASSOCIÉ.ES

Sabrina Blais, inf., M. Sc.

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc., CSU(C)

William Tessier, inf., M. Sc., Ph. D. (ét.).

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

CHARGÉE DE PROJET

Carmélie Bernier, L'ASSOCIÉ

CONCEPTION GRAPHIQUE

MissPixels

PUBLICITÉ

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

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'AIUQ

Josiane Arsenault, inf., M.Sc., CSU(C) – Présidente

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., Ph. D. – 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

Jean-Philippe Martin-Pallin, inf., B. Sc. – Administrateur

Amélie Samson, inf., B. Sc., M. Sc., CSU(C) – Administratrice

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 2025

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 — Repenser la pratique infirmière à l'ère de grands changements
par les rédactrices en chef de la revue *Soins d'urgence*

- 06 — L'éditorial de la présidente de l'AIUQ
par Josiane Arsenault

- 08 — La mission de Santé Québec pour les services d'urgence
par Éric Pastor

À LA UNE

- 10 — La prise en charge initiale à l'urgence des victimes de brûlures graves en prévision d'un transfert interhospitalier

RÔLE INFIRMIER

- 19 — Développer ses compétences avec une certification en soins d'urgence

PRATIQUE CLINIQUE

- 22 — Le trouble de l'usage des opioïdes: évaluation et interventions infirmières à l'urgence

PROJET INNOVANT

- 31 — Soigner autrement: quand la zoothérapie s'invite à l'urgence

AIUQ

- 36 — L'AIUQ fête ses 40 ans!

CHRONIQUE DE LA DSU

- 38 — Repérage des pensées suicidaires à l'urgence: le jugement clinique infirmier au cœur de la démarche



Repenser la pratique infirmière à l'ère de grands changements

C'est avec enthousiasme que nous lançons ce nouveau numéro de la revue *Soins d'urgence*, en marge du Congrès 2025 de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ). Cette année, le Congrès se déroule sous le thème « Repenser la pratique infirmière à l'ère de grands changements », une thématique qui résonne particulièrement dans un contexte où notre système de santé continue de se transformer et où les défis rencontrés dans les urgences sont plus complexes que jamais.

Ce numéro marque également un moment important : le 40^e anniversaire de l'AIIUQ ! Depuis sa fondation en 1984, l'Association s'est positionnée comme un acteur clé dans l'avancement des soins infirmiers d'urgence, en soutenant l'excellence clinique, la formation continue et la défense des intérêts de la profession infirmière. Au fil des décennies, l'AIIUQ a elle aussi dû s'adapter, se réinventer et faire face à de profonds changements. Grâce à l'engagement de ses membres et de ses leaders, elle a su évoluer avec son temps, tout en restant fidèle à sa mission première : soutenir et valoriser la pratique infirmière en contexte d'urgence. Cet anniversaire est l'occasion de souligner avec fierté l'engagement et la détermination du personnel infirmier d'urgence qui, jour après jour, fait preuve d'un professionnalisme remarquable dans nos milieux de soins. C'est également un moment privilégié pour remercier toutes celles et ceux qui, à travers les années, ont contribué à faire de l'AIIUQ une communauté forte, mobilisée et tournée vers l'avenir.

Pour ouvrir ce numéro, nous avons donc le plaisir de partager l'éditorial de Josiane Arsenault, présidente de l'AIIUQ, qui brosse un portrait de notre Association à l'occasion de son 40^e anniversaire. Nous sommes également ravis d'accueillir un éditorial signé par Éric Pastor, Directeur des services d'urgence, de la fluidité hospitalière et de la gestion des effectifs médicaux à Santé Québec. Il y expose les priorités de Santé Québec pour les urgences, ainsi que sa vision pour la Direction des services d'urgence (DSU).

Ce numéro se compose également de plusieurs articles traitant de divers sujets qui touchent la pratique infirmière d'urgence. À la une, nous avons le plaisir de vous présenter l'article clinique d'Elisa Mileto et ses collaborateurs qui abordent la prise en charge initiale des victimes de brûlures graves à l'urgence, en mettant l'accent sur le rôle essentiel joué par le personnel infirmier. Ensuite, Chantal Deplantie et Sylvie Charette, nous présentent un article qui traite du trouble de l'usage des opioïdes et le rôle que peut jouer le personnel infirmier à l'urgence pour le prévenir.

Par ailleurs, vous vous interrogez sur la certification en soins d'urgence de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC)? Amélie Samson et Mirelle Gagnon-Gervais sont là pour répondre à toutes vos questions! Dans leur article, elles partagent leur expérience personnelle avec cette certification et vous présentent les informations essentielles à connaître si vous envisagez de passer cet examen.

Nous avons aussi le plaisir de vous présenter un article de type «projet innovant», sous forme d'entrevue avec Joanie Larouche, infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Avec passion, elle nous fait découvrir comment la zoothérapie a été intégrée de manière novatrice à leur offre de services, contribuant au bien-être des personnes soignées. Enfin, Marie-Claude Lévesque, conseillère clinique à la DSU, nous propose un article sur le repérage des pensées suicidaire à l'urgence par le personnel infirmier. Des pistes concrètes vous sont proposées pour procéder à ce repérage et pour vous former davantage sur le sujet.

Pour conclure, nous avons le plaisir de vous inviter à découvrir notre toute nouvelle page Facebook dédiée à la revue *SU - Soins d'urgence*. Cet espace dynamique vous permettra de rester à l'affût des dernières publications, des nouvelles de la revue et des appels à contribution. Nous vous encourageons à visiter la page, à l'aimer, à partager les contenus et, surtout, à participer activement à la vie de la revue.

Si vous souhaitez rédiger un article pour *Soins d'urgence*, nous vous invitons à consulter la section dédiée sur le site Web de l'AIIUQ, où vous trouverez le processus de soumission ainsi que les consignes aux auteur.es. Pour toute question ou pour nous contacter, n'hésitez pas à nous écrire à l'adresse suivante :

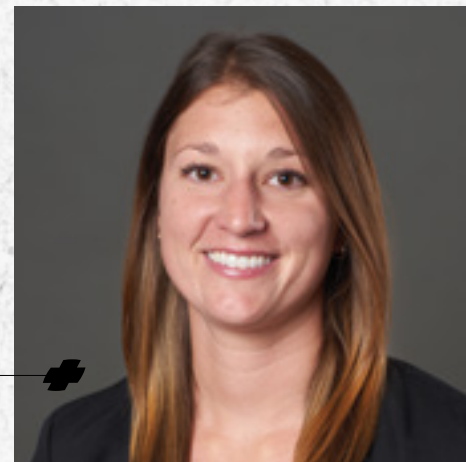
redactionrevue@aaiuq.qc.ca.

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

Bonne lecture!

Alexandra Lapierre

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef



Gabriela Peguero-Rodriguez

inf., Ph. D.
Rédactrice en chef adjointe



Éditorial de la présidente de l'AIUQ

Chères et chers collègues,

C'est avec grand plaisir que je m'adresse à vous dans le cadre de cet éditorial de la revue *Soins d'urgence*. L'année 2025 s'annonce riche en événements et en changements au sein de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ). Tout d'abord, l'AIUQ célèbre son 40^e anniversaire d'existence. Cet anniversaire est une occasion précieuse de mesurer le chemin parcouru par nos prédécesseurs et de constater l'évolution remarquable de la pratique infirmière en soins d'urgence. Grâce à l'expertise développée au fil des ans, notre profession s'est affirmée, et notre Association est aujourd'hui solidement reconnue par de nombreuses instances.

Au fil des décennies, l'AIUQ a su diversifier ses initiatives pour mieux répondre aux besoins de ses membres. Qu'il s'agisse d'événements, de formations, de notre revue ou encore du volet expertise-consultation, notre Association a su se tailler une place de choix et faire entendre sa voix. Je suis très heureuse de pouvoir fêter ce 40^e anniversaire avec vous à l'occasion de notre congrès annuel.

Par ailleurs, cette année marque aussi la fin du mandat de plusieurs membres de notre conseil d'administration, qui concluront leur engagement à l'issue du congrès 2025. Nous tenons à exprimer toute notre gratitude à Gabriela, Laurence et Fabian pour leur contribution. Merci à Gabriela pour son travail de grande rigueur au sein de l'AIUQ dans tous les dossiers pour lesquels elle s'est impliquée, dont notamment la revue à titre de rédactrice en chef adjointe, comme co-présidente du comité organisateur du congrès NENA-AIUQ, ainsi que pour ses démarches pour que l'AIUQ obtienne le statut de membre institutionnel à la SOFEDUC, en plus de son implication à titre de vice-présidente. Nous sommes ravis de pouvoir désormais la compter à titre de membre conseil. Merci à Laurence pour son expertise en santé mentale qui a été un grand atout pour la pratique infirmière d'urgence. Elle a grandement contribué aux travaux du comité expertise et consultation en plus d'occuper les fonctions de secrétaire. Nous avons la chance de pouvoir continuer à bénéficier de ses compétences au sein de notre banque d'experts. Enfin, merci également à Fabian pour sa très grande implication au sein des événements. Il compte plusieurs congrès et symposiums à son actif qui ont été menés de main de maître. Son expertise en traumatologie et en transport a été un atout important et je suis convaincue qu'il continuera de contribuer auprès de l'AIUQ.



Je ne peux passer sous silence l'arrivée tant attendue de la mise à jour de la formation *Canadian Triage and Acuity Scale* (CTAS), qui survient près de dix ans après la dernière révision. Je tiens à souligner la précieuse contribution de nos instructeurs, et tout particulièrement celle de Pierre-Luc Tremblay qui nous a fièrement représentés au sein du comité canadien de triage. Afin d'accompagner les infirmières et infirmiers d'urgence dans l'appropriation de ces changements, nous nous engageons à intensifier l'offre de formations CTAS dans les mois à venir.

Pour terminer, 2025 est une année de grands changements dans notre réseau de la santé. La mise en place de Santé Québec est un moment historique et amène son lot de changements. Je tiens à vous assurer que l'AIIUQ continuera de collaborer avec la direction des services d'urgence de Santé Québec dans les différents travaux actuels et à venir. Par exemple, cette année, nous avons contribué à la révision du guide de gestion des urgences en plus de participer au groupement d'experts en soins d'urgence. Au cours des prochains mois, quelques établissements connaîtront le virage numérique avec l'arrivée du dossier santé numérique, ce qui amènera assurément de grands changements dans la pratique.

Devant tous ces changements, j'ai la conviction que la grande expertise des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec sera mise à profit pour le bien de la population québécoise. Malgré tous les changements survenus et à venir, je suis persuadée que nous saurons tirer notre épingle du jeu. Cet été, nous allons travailler notre nouvelle planification stratégique afin de nous assurer de viser le meilleur pour le bien de nos membres. Notre objectif sera de poursuivre notre mission qu'est de contribuer à l'avancement de l'expertise et au développement de la pratique en soins infirmiers d'urgence au Québec. En ces temps de changements, nous souhaitons être présents, prendre position et vous soutenir. Que ce soit par le biais de formations, d'événements, d'avis ou par le biais d'articles dans la revue, nous serons présents.

Je vous souhaite une bonne lecture de la revue et un excellent Congrès. Merci pour votre engagement ainsi que votre incroyable travail dans les urgences et surtout, merci d'être là ! 🍀

Josiane Arsenault

inf., B. Sc., M. Sc., CSU(C)

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

presidence@aaiuq.qc.ca

www.aaiuq.qc.ca

Les services d'urgence au cœur de la mission de Santé Québec



Éric Pastor

Directeur des services d'urgence, Santé Québec



Le 1^{er} décembre 2024, Santé Québec est officiellement entrée en fonction. Créée dans le but de faire face aux nombreux défis auxquels le système de santé québécois est confronté, elle vise notamment à améliorer l'accessibilité au système de santé et aux services sociaux du Québec, afin de mieux répondre aux besoins des usager.ères.

Dans sa mission de transformation du système de santé, Santé Québec doit relever plusieurs défis majeurs. Parmi ceux-ci figurent le vieillissement de la population, l'adaptation des services régionaux aux besoins spécifiques des usager.ères, l'optimisation de la structure de gouvernance, la transition vers un modèle axé sur la valeur, ainsi que l'amélioration de la collecte et de l'utilisation des données.

Ces défis étant multiples et complexes, Santé Québec adopte une approche intégrée, concertée et adaptée aux besoins de la population pour transformer le système de santé de manière pérenne en se basant notamment sur les données probantes et les multiples rapports effectués ces dernières années concernant le système de santé québécois.

Santé Québec souhaite notamment soutenir les établissements dans leurs défis actuels en tenant compte du contexte particulier de chacun d'entre eux. Pour ce faire, dans un premier temps, un support personnalisé est offert aux établissements ayant des difficultés en misant sur l'expertise locale, les pratiques fondées sur la science, l'innovation ainsi que le partage des meilleures pratiques d'ici et d'ailleurs, et ce, tout en respectant l'autonomie, l'agilité et l'imputabilité de ces derniers.

Santé Québec travaille actuellement sur une vision stratégique afin d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux notamment via des trajectoires de soins optimisées, l'évolution des pratiques actuelles, l'innovation, le développement d'une culture centrée sur les besoins et les attentes des personnes soignées, ainsi que la décentralisation des prises de décisions pour permettre une gestion plus proche des réalités locales.

De manière plus spécifique, à la direction des services d'urgence, nous travaillons avec nos différents partenaires sur une vision intégrée de la trajectoire qui inclut autant les services en amont qu'en aval des urgences. Le parcours de soins des personnes soignées est ainsi analysé sur son ensemble afin d'améliorer les services offerts aux urgences. Dans cette perspective, les services d'urgence travaillent de concert avec les différentes directions partenaires, dont la fluidité hospitalière et les services de première ligne.

Nous souhaitons également remettre de l'avant la mission première des urgences qui est de prendre en charge les usager.ères ayant des problématiques de santé qui nécessitent l'expertise et le plateau technique des urgences. Dans cette optique, plusieurs travaux ont été entrepris, dont l'analyse et l'optimisation du processus intrahospitalier dans les installations où les séjours aux urgences sont prolongés, ainsi que l'amélioration des délais de prise en charge des personnes soignées classées en priorité 1, 2 ou 3.

Au cours des dernières années, nous avons travaillé avec les membres de votre association sur plusieurs projets. Nous profitons de l'occasion pour remercier l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIUQ) pour sa contribution importante et nécessaire au secteur des urgences. Nous sommes convaincus que des forums comme le vôtre, permettant le partage des meilleures pratiques et des réussites du réseau, sont essentiels pour améliorer les services offerts à la population. Nous souhaitons également poursuivre cette collaboration dans le futur afin de nous assurer que les actions mises en place à Santé Québec soient en cohérence avec les besoins de la population et votre réalité sur le terrain.

Pour toute question ou demande, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse **dsu@sante.quebec**. C'est avec plaisir que nous collaborerons avec vous. 🇵🇪





La prise en charge initiale à l'urgence des victimes de brûlures graves en prévision d'un transfert interhospitalier

par **Elisa Mileto, Nathalie Rouchet et Delphine Tartu**

La prise en charge des victimes de brûlure grave dans les urgences des centres primaires présente plusieurs défis, entre autres, en lien avec l'absence d'équipes de soins spécialisés. L'arrivée d'une victime de brûlure grave dans les salles de réanimation des centres primaires devient alors un défi puisque celle-ci nécessite du personnel spécialisé et une prise en charge interdisciplinaire pour assurer la meilleure issue de santé possible. Une approche systématique par l'équipe des urgences primaires devient alors cruciale et les membres du personnel infirmier s'avèrent les professionnels de choix afin de guider l'équipe dans ce processus. Cet article offre donc un soutien aux personnes infirmières en lien avec les particularités de la prise en charge de la victime de brûlure grave en centre primaire en prévision d'un transfert interhospitalier urgent.

Introduction

La prise en charge des victimes de brûlures graves (VBG) dans les urgences des centres primaires comporte plusieurs défis, notamment en raison de l'absence d'équipes spécialisées (1,2). Dans ces urgences, il est attendu d'offrir des soins de qualité en fonction des ressources disponibles, tout en composant avec la pénurie et un taux de rotation élevé du personnel, ce qui complique l'acquisition et le maintien des compétences au sein du département de l'urgence (3-5). En centre primaire, la complexité médicale peut sembler accrue en raison de ressources médicales et technologiques parfois limitées. Cet enjeu, combiné à l'isolement géographique, entraîne des délais de traitement dus au temps de transport nécessaire pour accéder à un centre spécialisé (1,3). La prise en charge des VBG devient alors un défi puisque celles-ci nécessitent du personnel spécialisé et une prise en charge interdisciplinaire pour assurer la meilleure issue de santé possible (1). Une approche systématique de l'équipe des urgences primaires devient alors cruciale, et le personnel infirmier s'impose comme un acteur clé pour guider l'équipe dans ce processus (1).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne que les brûlures sont à l'origine de 180 000 décès chaque année et que les brûlures non mortelles sont l'une des principales causes de morbidité (6). Le taux de mortalité serait légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (6). Toujours selon l'OMS, aux États-Unis, c'est environ 410 000 brûlures par année, dont 40 000 ont nécessité une hospitalisation (6). Ces hospitalisations représentent un coût moyen de 88 218 \$ par victime (6). Quant au Canada, près de 5 % des accidents de travail sont des brûlures graves (7).

Au Québec, c'est l'unité des grands brûlés du centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) qui est le centre d'expertise pour les VBG de l'ouest du Québec. Il reçoit en moyenne 150 admissions de VBG par année (8). Quant à l'est du Québec, c'est l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec qui est le centre d'expertise désigné pour recevoir les VBG. Pour le Québec au complet, les VBG représentent moins de 2 % des admissions en centre d'expertise désigné en traumatologie (9). La faible occurrence de ce type de clientèle fait en sorte que plusieurs urgences primaires ne possèdent ni les connaissances spécialisées ni l'approche systématique spécifique nécessaire à l'optimisation de la prise en charge des VBG (1).

Les VBG, suite à leurs brûlures initiales, nécessitent une prise en charge intensive, plusieurs interventions chirurgicales et des années de suivi et de réadaptation par des professionnels avec une expertise pointue (9). Cela explique pourquoi, au Canada, les coûts directs associés aux brûlures s'élèvent à 38 millions de dollars canadiens par année, tandis que les coûts indirects atteignent 40 millions de dollars canadiens, et ce, malgré la faible incidence de ce phénomène (9).

Rappel physiologique: la peau

La peau est le plus grand organe du corps humain (10,11). Cet organe joue, entre autres, un rôle de barrière physique, hydrique, antibactérienne, antioxydante et photoprotectrice contre les agressions iatrogéniques telles que les bactéries, les virus, les agents chimiques et les traumatismes divers (7,10,11). Elle exerce également un rôle de thermorégulation, d'excrétion et de synthèse de la vitamine D (7). La peau est composée de trois couches (de l'extérieur vers l'intérieur): l'épiderme, le derme et l'hypoderme (11). Afin de faire des liens avec les conséquences des brûlures, voici une description très sommaire des trois couches de la peau.

L'épiderme contient plusieurs structures interreliées exerçant différents rôles. Les mélanocytes déterminent le teint de la peau et protègent le matériel génétique des kératinocytes. Les cellules de Langerhans assurent le lien entre le derme et l'épiderme pour participer au processus immunitaire impliquant les antigènes cutanés. Les cellules de Merkel, quant à elles, envoient des prolongements dendritiques entre les kératinocytes et les cellules de Langerhans qui servent de mécanorécepteurs responsables de la sensation tactile fine (7).

Le derme est composé de tissu conjonctif dans lequel s'intègrent les vaisseaux lymphatiques (rôle immunitaire), les vaisseaux sanguins, les nerfs, les terminaisons nerveuses, les glandes sudoripares et sébacées, les follicules pileux ainsi que les cellules dendritiques dermiques, les macrophages et les mastocytes (7). Le derme est divisé en deux zones, papillaire (plus superficielle) et réticulaire (plus profonde) (7). Les macrophages contenus dans le derme participent à la régulation des réponses immunitaires

et du processus inflammatoire tandis que les mastocytes font partie des principaux acteurs du processus d'inflammation en cas d'agression iatrogénique (7). Ces mastocytes relâchent, lors d'une réponse immunitaire, des médiateurs tels que l'histamine, l'héparine et des facteurs chimiotactiques (attraction ou répulsion par des substances chimiques) (7). Les cellules dendritiques sont la deuxième ligne de défense après les cellules de Langerhans. Ces cellules dendritiques présentent aux cellules T et B les antigènes nécessaires au déclenchement du processus de réponse immunitaire (7). Le derme contient également deux types de glandes sudoripares: apocrines et eccrines. Les glandes apocrines s'implantent dans l'hypoderme et elles sont régulées par l'adrénaline circulante. Quant aux glandes eccrines, qui jouent la majeure partie du rôle de thermorégulation par la sécrétion de sueur, elles s'implantent plus profondément dans le derme. Finalement, on retrouve également dans le derme la microcirculation cutanée. Celle-ci est composée de deux réseaux parallèles à la surface de la peau: un plus superficiel dans le derme et un plus profond se trouvant presque à la jonction entre le derme et l'hypoderme. Ces deux réseaux sont reliés et jouent des rôles complémentaires dans la nutrition des cellules des trois couches de peau, dans le maintien de la pression artérielle par vasoconstriction et dans la réactivité vasomotrice servant à la thermorégulation (vasoconstriction/vasodilatation) (7).

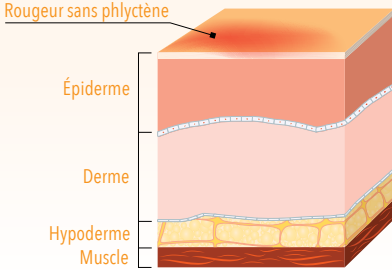
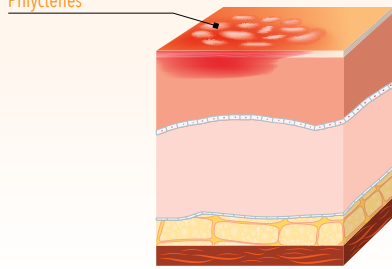
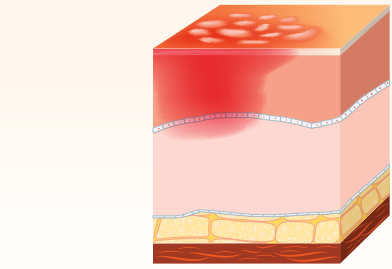
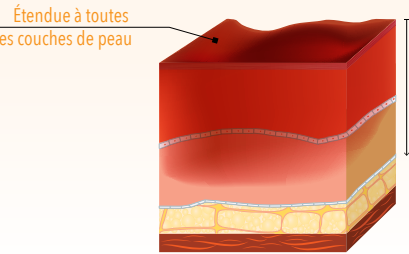
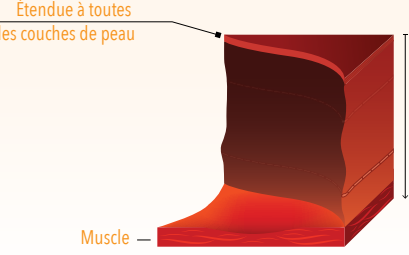
Enfin, l'hypoderme joue un rôle important au niveau endocrinien. Ce tissu adipeux possède principalement trois fonctions: le stockage ou la libération des lipides, puis la synthétisation et sécrétion des adipokines (cytokines participant à la régulation du métabolisme des lipides et du glucose) agissant au niveau local ou systémique (7,12). Lorsque les récepteurs de l'hypoderme reconnaissent les antigènes bactériens, ils participent également à la défense antimicrobienne via la réponse inflammatoire (12).

Classification des brûlures

Une catégorisation entre superficielle, épaisseur partielle et pleine épaisseur est de plus en plus adoptée (7,11). La brûlure superficielle réfère au premier degré et ne doit pas être comptabilisée dans le calcul de la surface corporelle totale brûlée (SCTB) (11). L'épaisseur partielle réfère à une brûlure de deuxième degré superficiel (atteinte de la zone dermique papillaire). Le deuxième degré profond correspond, quant à lui, à une brûlure de deuxième degré profond (atteinte de la zone dermique réticulaire). La pleine épaisseur réfère aux brûlures du troisième et quatrième degré (7,11). Les brûlures du quatrième degré, en plus de toucher toutes les couches de peau, toucheront les structures profondes telles que les os, les muscles ou les tendons (7). Cependant, les lignes directrices disponibles au Québec en matière de soins d'urgence et de transfert vers les centres d'expertise pour victimes de brûlures graves (CEVBG) adoptent encore la catégorisation par degrés de brûlures. C'est donc dans un souci de cohérence et de clarté que le présent article continuera d'évoquer cette classification par degré. Le Tableau 1 résume les classifications et les caractéristiques qui leur sont associées.

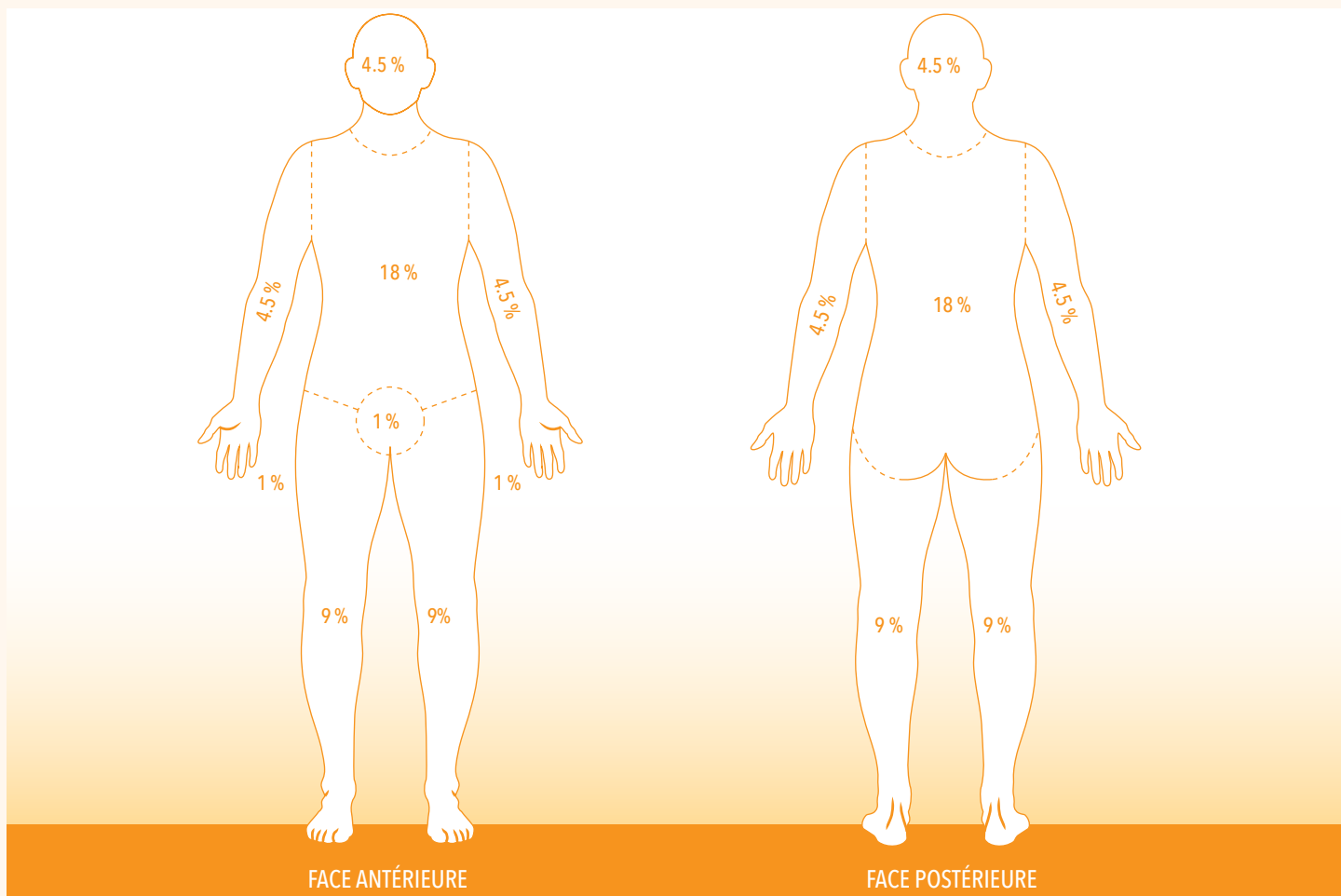
Une fois le degré de brûlure identifié, il faut calculer la SCTB. Pour le calcul de la SCTB (ou *Total Body Surface Area* [TBSA]) chez l'adulte, l'*American Burn Association* recommande essentiellement deux méthodes: 1) la règle des neuf de Wallace; et 2) la surface palmaire (13). Pour la première méthode (voir Figure 1), un pourcentage prédéfini est attribué à chaque région du corps. Cette méthode est utile lorsque l'on doit calculer une grande superficie de brûlure. Cela nous permet d'orienter les traitements

Tableau 1. Classification des brûlures, atteintes et symptômes

CLASSIFICATION EN DEGRÉS	CLASSIFICATION EN ÉPAISSEUR	ATTEINTES	SYMPTÔMES
Premier	Superficielle	Rougeur sans phlyctène  Épiderme Derme Hypoderme Muscle	Peau : rouge et sèche Blanchit à la pression : oui Présence de douleur : parfois Calcul dans le SCTB : non
Deuxième superficiel	Épaisseur partielle superficielle	Phlyctènes 	Peau : rouge, humide et présence de phlyctènes à fond rouge Blanchit à la pression : oui Présence de douleur : douleur importante Calcul dans le SCTB : oui
Deuxième profond	Épaisseur partielle profonde		Peau : sèche, tachetée et présence de phlyctènes à fond blanc Blanchit à la pression : non Présence de douleur : sensible à la pression, la douleur peut apparaître de façon progressive Calcul dans le SCTB : oui
Troisième	Pleine épaisseur	Étendue à toutes les couches de peau 	Peau : pâle, sèche et aspect de cuir Blanchit à la pression : non Présence de douleur : non Calcul dans le SCTB : oui
Quatrième	Pleine épaisseur	Étendue à toutes les couches de peau  Muscle	Peau : sèche, carbonisée, pas de phlyctène Blanchit à la pression : non Présence de douleur : non Calcul dans le SCTB : oui

Sources : (7,13-15)

Figure 1. La règle des neuf de Wallace : calcul de la surface corporelle totale brûlée chez l'adulte



© Walter Learning | Source : (31)

immédiats et de déterminer la trajectoire de la personne soignée (14). Quant à la méthode de la surface palmaire, il est décrit que la surface de la main complète de la personne soignée, incluant les doigts, serait équivalente à un pour cent (1 %) de sa surface corporelle (7,14,15).

Les VBG: critères de transfert en centre d'expertise

Selon l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (16), la clientèle VBG doit être orientée vers les CEVBG. Cependant, le degré d'urgence et les modalités de transfert vers les CEVBG seront établis par le médecin traitant avec le médecin consultant au CEVBG à la suite d'une évaluation complète. Selon l'INESSS, les blessures suivantes sont incluses dans la définition du terme « brûlure grave » (16):

- Brûlures au 2^e et 3^e degré sur 10 % et plus de la SCTB pour les enfants de moins de 10 ans et les adultes de plus de 50 ans ou sur 20 % et plus pour les autres groupes d'âge;
- Brûlures au 2^e et 3^e degré au niveau du visage, des mains, des pieds, des organes génitaux, du périnée ou des articulations majeures (p. ex. coude, poignet, genou);
- Brûlures électriques au 2^e et 3^e degré (incluant brûlures par la foudre);

- Brûlures au 2^e et 3^e degré accompagnées d'autres traumatismes ou comorbidités significatives pouvant compliquer les soins ou allonger le temps de guérison;
- Brûlures au 2^e et 3^e degré accompagnées d'autres traumatismes pour lesquelles le risque de mortalité ou de morbidité est plus élevé à cause de ses brûlures;
- Brûlures au 2^e et 3^e degré qui requièrent une seconde opinion d'un plasticien;
- Lésions sévères secondaires à des atteintes du système cutané (p. ex. Stevens Johnson);
- Brûlures au 3^e degré sur 5 % et plus de la SCTB;
- Brûlures chimiques (excluant l'œil).

Le Tableau 2 présente les critères de transfert interhospitalier urgent des VBG vers un CEVBG. Cependant, il se peut qu'après consultation avec le CEVBG, qu'une VBG ne soit pas transférée si l'hôpital l'ayant initialement prise en charge possède un plateau technique suffisant pour répondre aux potentielles complications en lien avec les régions atteintes (p. ex. gestion avancée des voies respiratoires avec réponse rapide).

Tableau 2. Critères de transfert vers un centre d'expertise pour victimes de brûlures graves (16 ans et plus)

CLASSIFICATION EN DEGRÉS	CRITÈRES
Brûlures au 2^e degré	- SCTB de 10 % et plus chez un adulte de plus de 50 ans - SCTB de 20 % et plus chez une personne de 16 à 50 ans - Brûlures au niveau : main, visage, périnée, articulations majeures - Brûlures circonférentielles des membres, du thorax ou du cou
Brûlures au 3^e degré	- SCTB de 5 % et plus chez un adulte de plus de 50 ans - SCTB de 20 % et plus chez une personne de 16 à 50 ans - Brûlures au niveau : main, visage périnée, articulations majeures - Brûlures circonférentielles des membres, du thorax ou du cou
Autres types de brûlures (tout en respectant les critères de VBG)	- Électriques (y compris la foudre) - Chimiques - Voies respiratoires - Réactions cutanées graves (p. ex. syndrome de Steven Johnson) - Brûlures circonférentielles des membres, du thorax ou du cou

Sources : (18,30)

Au niveau préhospitalier, la distinction doit être faite entre les VBG avec mécanisme traumatique présentant un risque élevé (p. ex. mécanismes de haute vitesse, polytraumatisés, « *blast injuries* ») ou sans mécanisme traumatique. Si la VBG ne présente pas de mécanisme traumatique, elle sera transportée dans le CEVBG de son territoire si celui-ci se trouve à moins de 60 minutes du lieu de prise en charge initiale, et ce, sans passer par une urgence de niveau primaire (17-19). Cependant, si la VBG présente un mécanisme traumatique, elle devra tout d'abord être dirigée vers un centre de traumatologie si celui-ci se trouve à moins de

60 minutes du lieu de prise en charge initiale (17,19). Si la prise en charge initiale en préhospitalier s'effectue à plus de 60 minutes d'un centre spécialisé, la personne soignée devra automatiquement être dirigée vers la salle d'urgence la plus proche sans égard au niveau de ladite salle d'urgence (primaire, secondaire, spécialisée, etc.). L'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (ÉQTPT) (19) prévoit également que les personnes soignées présentant une détresse respiratoire non contrôlée en préhospitalier ou un arrêt cardiorespiratoire soient transportées dans le centre hospitalier le plus près, et ce, même s'ils se trouvent à moins de 60 minutes du CEVBG (17).

Types de brûlures

Tous les types de brûlures impliquent une forme de destruction ou de bris des tissus (14). On retrouve principalement quatre types de brûlures : thermiques, par radiations, électriques et chimiques (20). Les brûlures thermiques peuvent être décrites en deux catégories : par la chaleur et par le froid. Les brûlures par la chaleur sont causées par une exposition de la peau à une source de chaleur excessive qui détruira ou endommagera les tissus (7,11). Les brûlures par le froid, aussi appelées engelures, impliquent une dynamique plus complexe. Celle-ci combine à la fois le dommage cellulaire par la cristallisation de l'eau intracellulaire, l'ischémie (secondaire à la vasoconstriction et l'hypoperfusion tissulaire) et les dommages de reperfusion (14). Le traitement des brûlures par le froid nécessite une approche totalement différente qui ne sera pas discutée dans cet article.

Les brûlures par radiation surviennent avec une présentation et une gravité variable (20). Elles se présentent sous deux types : électromagnétiques ou ionisantes (20). Les brûlures causées par les radiations électromagnétiques sont les plus courantes, la principale étant celle provoquée par l'exposition au rayonnement solaire, communément appelée « coup de soleil ». Quant aux brûlures par radiation ionisante, elles sont plus rares. Elles touchent surtout les travailleurs œuvrant dans des installations nucléaires ou chez les personnes soignées devant subir de la radiothérapie (20). Le dommage entraîné dépendra de plusieurs facteurs comme le type de particule radioactive, ainsi que la distance et la durée d'exposition à la source de radiation ionisante (20). Sa présentation peut sembler banale, mais il demeure pertinent de garder en tête que des brûlures internes importantes sont possibles, malgré des blessures externes minimales (20).

Les brûlures électriques, quant à elles, ont une mécanique complètement différente puisqu'elles sont le résultat du courant électrique qui traverse le corps (21). Elles peuvent causer des dommages aux tissus profonds beaucoup plus grands que ce qui est visible à l'inspection visuelle (14). La gravité des blessures dépendra surtout de la force du champ électrique et de la durée d'exposition à ce champ (14,21). Il est habituellement attendu que l'intensité du courant auquel la personne soignée a été exposée soit documentée en voltage (14).

Les brûlures chimiques sont définies par un contact, une ingestion ou une inhalation de produits acides ou alcalins (22). La gravité de la brûlure est étroitement liée au temps de contact avec l'agent chimique (22). L'agent chimique causant la brûlure continue de détruire les tissus tant qu'il n'est pas inactivé, neutralisé ou retiré de la peau (7). Son activité peut même se poursuivre jusqu'à 72 heures après le contact initial (7).



Processus physiologique sommaire des brûlures graves

Les plaies par brûlures sont dynamiques, possèdent une physiopathologie complexe et peuvent s'aggraver jusqu'à une dizaine d'heures suivant le traumatisme (7). Au niveau local, les brûlures produiront généralement trois zones dans le cas de brûlures graves : zone de coagulation, de stase et d'hyperémie (7,11). La zone de coagulation, située au centre, correspond à la région où la mort cellulaire est irréversible. Autour de cette zone, la zone de stase se caractérise par une circulation sanguine compromise en raison de la thrombose et de la vasoconstriction causées par la coagulation cellulaire (7,11). Cependant, cette ischémie est habituellement temporaire. C'est également dans cette zone que le risque d'infection ou de nécrose est le plus élevé (7). Enfin, la zone d'hyperémie, située en périphérie, demeure viable puisqu'il n'y a pas de mort cellulaire (7,11). L'hyperémie de cette zone sera, entre autres, attribuable à la vasodilatation et à l'inflammation locale en lien avec les médiateurs inflammatoires et vasoactifs puissants (7,11,14).

Au niveau systémique, lorsque la SCTB est de plus de 20 à 30 %, la cascade inflammatoire entraînera une vasoconstriction initiale augmentant la résistance vasculaire (7,11). L'organisme procédera alors à un relâchement important de médiateurs inflammatoires dont l'histamine, la sérotonine, les cytokines, les catécholamines, la vasopressine et l'angiotensine (7,23). Cette réponse inflammatoire entraînera une vasodilatation systémique ainsi qu'une augmentation de la perméabilité des capillaires, ce qui entraîne la perte de liquide par les sites de brûlures (7,11,14). Ce déplacement du plasma vers l'espace interstitiel (extravasculaire) engendre une hypovolémie vasculaire, une hypoperfusion systémique et un œdème important (7). De surcroît, le stress oxydatif diminue le débit cardiaque, ce qui contribue à l'état de choc (14). Enfin, si la brûlure est profonde et circonferentielle, les tissus brûlés peuvent exercer une pression importante sur les tissus sous-jacents. Une ischémie aiguë est alors possible, menant éventuellement à la nécrose (7). Ce phénomène est appelé le syndrome du compartiment. Si une brûlure circonferentielle survient au niveau du thorax ou de l'abdomen, cette pression pourrait d'ailleurs réduire davantage le débit cardiaque, la compliance pulmonaire ou entraîner une ischémie mésentérique (7). Dans ce contexte, des escarrotomies¹ ou des fasciotomies² doivent être réalisées par des professionnels expérimentés en CEVBG afin de diminuer les risques de complications (7,24). Seulement les cas urgents d'oppression thoracique empêchant la ventilation pulmonaire devraient subir des escarrotomies en centre primaire (7).

Rôle infirmier en prévision d'un transfert vers un CEVBG

Malgré la gravité des blessures et le niveau de douleur souvent important des VBG, il demeure primordial d'adopter une méthode d'évaluation et de prise en charge systématique (14). L'évaluation initiale en suivant l'acronyme « ABCDE » est recommandée, car elle permet une évaluation uniformisée dans un langage interdisciplinaire commun (voir Tableau 3) (22,25).

A pour « Airway » et B pour « Breathing »

Lorsqu'une brûlure par inhalation survient, l'œdème des voies respiratoires supérieures et l'irritation des voies respiratoires inférieures, associées aux lésions thermiques, réduisent l'apport en oxygène (7). Les médiateurs inflammatoires induisent un œdème des voies respiratoires, qui peut s'installer rapidement et atteindre un pic environ 24 heures après la brûlure d'inhalation (7). En cas de suspicion d'inhalation de fumée ou d'exposition au monoxyde de carbone (CO), l'administration d'oxygène

à haute concentration (« 100 % ») devrait être initiée (14,22,24). Cela permettra non seulement de réduire la demi-vie du CO, mais également de réduire l'hypoxie systémique (14). L'oxygène pourra finalement être sevrée une fois la valeur confirmée de carboxyhémoglobine < 5 % et lorsque l'oxygénation systémique est adéquate (14). Dans l'attente de ce résultat, il demeure toutefois important de considérer la valeur d'oxymétrie pulsée (SpO₂) avec prudence puisque celle-ci peut être « normale » en cas d'intoxication au CO (2). Cela s'explique par le fait que le CO fixé au globule rouge sera capté comme étant de l'oxygène par l'oxymètre pulsé. La surveillance respiratoire et la saturométrie demeurent essentielles et doivent être assurées en tout temps chez la VBG (2,23).

À l'examen du « A » et du « B », une attention particulière doit être apportée afin de repérer et documenter les brûlures et blessures faciales ou buccales (gravité et emplacement), la présence de suie au niveau du nez, de la bouche ou de la gorge, ainsi que la présence de poils brûlés au niveau du visage ou du nez (11,14,23). La présence de toux, de changement dans la voix, de stridor ou de dyspnée doit être considérée comme des signaux d'alerte (1,11,14). L'application d'un collet cervical doit également être envisagée si la brûlure est associée à un traumatisme ou une altération de l'état de conscience (15,23).

L'intubation endotrachéale (IET) précoce doit être envisagée si des signes d'obstruction des voies respiratoires sont présents (p. ex. changement de la voix, stridor, tirage) (1,15). L'IET doit également être envisagée précocement si la VBG présente une brûlure avec une SCTB > 40 à 50 % ou si elle présente des brûlures importantes au niveau du visage ou de la bouche (1,15). Il faut cependant considérer l'IET avec diligence chez les VBG, puisque celle-ci peut mener à des transferts interhospitaliers non nécessaires, des complications dues à la ventilation et même la mort (15). À titre d'exemple, les personnes soignées présentant seulement des brûlures au visage avec signes de brûlures des poils du nez suite à une brûlure de type « flash » (p. ex. explosion mineure chez un porteur d'oxygène à domicile) ne devraient pas être intubées, mais simplement observées, puisque ce mécanisme de brûlure ne cause habituellement pas de blessures par inhalation (17,24).

C pour Circulation

L'installation d'un monitoring et la surveillance hémodynamique (tension artérielle, fréquence et rythme cardiaque) doivent être assurées dès l'arrivée de la VBG en salle d'urgence (23). Il est recommandé d'installer deux voies intraveineuses (IV) de gros calibre sur la peau saine (2,23). Si cela est impossible, l'installation d'un cathéter intraosseux doit être envisagée rapidement (2,23). Des prélèvements sanguins devraient être effectués selon l'évaluation médicale, par exemple, formule sanguine complète, bilan acido-basique, carboxyhémoglobine, groupe sanguin, ions élargis, créatine kinase (CK), éthanolémie et dépistage de drogues (1,23). La VBG devrait être placée en position semi-assise avec les membres élevés afin de favoriser le travail respiratoire, la circulation et de réduire l'œdème périphérique (22).

La réanimation liquidienne par voie IV devrait être débutée dès que possible avec de la solution de lactate Ringer (LR) légèrement chauffé (1,2,14,15). L'utilisation du LR permettra d'éviter l'apparition d'acidose hyperchlorémique (1,15). L'administration de liquide chauffé permettra, quant à elle, la prévention d'hypothermie (2). Étant donné que la réanimation liquidienne doit commencer dès que possible, en attendant la détermination du poids usuel de la VBG en kilogrammes (kg) et le calcul de la SCTB, il est conseillé

Tableau 3. L'« ABCDE » de la victime de brûlures graves

ÉVALUATIONS ET SURVEILLANCES		ACTIONS CLÉS
A: Airway (voies respiratoires)	■ Nécessité d'une immobilisation cervicale ■ Signes d'œdème, de blessure ou d'obstruction des voies respiratoires : ▪ Stridor ▪ Changement de la voix ▪ Toux ▪ Brûlure des poils du visage ou du nez ▪ Suie au niveau du nez ou de la bouche ▪ Dysphagie	■ Appliquer collet cervical au besoin ■ Préparer pour une intubation au besoin
B: Breathing (respiration)	■ Surveillance respiratoire (fréquence, amplitude, qualité) ■ Présence de brûlures circonférentielles au niveau du thorax	■ Appliquer oxygène 100 % si suspicion d'intoxication au monoxyde de carbone (CO)
C: Circulation	■ Installer l'appareil de monitoring complet (tension artérielle, fréquence et rythme cardiaque) ■ Assurer la surveillance des données de l'appareil de monitoring ■ Amorcer la réanimation liquidienne ■ Surveiller le débit urinaire ■ Présence de saignements ou blessures hémorragiques d'origine traumatique ■ Saignements visibles ■ Stabilité du bassin	■ Installation de deux voies intraveineuses de gros calibre ou accès intra-osseux ■ Obtenir le poids (en kg) pré-brûlure pour le calcul de la réanimation liquidienne ■ Installation d'une sonde urinaire avec dosage horaire ■ Appliquer les mesures pour contrôler et stabiliser les sites de saignements au besoin (p. ex. compression, immobilisation du bassin)
D: Déficits neurologiques	■ État de conscience (échelle de coma de Glasgow) ■ Signes d'intoxications drogues, alcool, monoxyde de carbone (CO), cyanure, etc.	■ Examen neurologique sommaire ■ Examen des pupilles
E: Exposition	■ Assurer la normothermie ■ Examen de la cornée ■ Présence de substances chimiques toujours en contact avec la peau de la VBG ■ Calcul de la SCTB ■ Documentation des brûlures : ▪ Types ▪ Classifications ▪ Présence de contaminants dans le lit de la brûlure ▪ Photographies des brûlures ■ Présence d'autres blessures	■ Réchauffer la salle d'examen (28-31°C) ■ Utiliser des solutés chauds ■ Installer un monitoring de la température corporelle en continu ■ Appliquer couverture chauffante ■ Effectuer un rinçage oculaire avec lentille de Morgan et solution de lactate Ringer ou selon directives du CAPQ ■ Contacter le CAPQ au besoin ■ Revêtir de l'équipement de protection individuel ■ Examen du dos ■ Déshabiller complètement la VBG ■ Retirer les bijoux

Sources : (1,2,11,14,15,22-24)

de débiter la perfusion à 500 ml/h pour les adultes (1,2,23). Une fois ces deux données obtenues, le calcul de la réanimation liquidienne doit être effectué (15). La formule la plus répandue est celle de Parkland pour calculer le débit initial de réanimation liquidienne : $4 \text{ ml} \times \% \text{ de SCTB} \times \text{poids en kg pré-brûlure de la VBG}$ (1,14). La moitié de ce total devra être administrée dans les huit premières heures suivant la brûlure, tandis que la seconde moitié devra être administrée pendant les 16 heures suivantes (1). Il est ensuite recommandé d'ajuster le débit de la réanimation liquidienne afin d'atteindre un débit urinaire de 0,3 à 0,5 ml/kg/heure (14,24). Une sonde urinaire avec dosage horaire est nécessaire pour assurer un suivi rigoureux (2,23). Une réanimation liquidienne insuffisante ou excessive doit être évitée puisqu'elle augmente les complications et la mortalité chez les VBG (2). Plus récemment, la Règle des Dix a été introduite pour simplifier le calcul des débits de réanimation liquidienne : « la SCTB arrondie à la dizaine la plus proche, puis multipliée par 10 pour obtenir le

débit initial en ml/h de réanimation liquidienne (...) Si la VBG a un poids pré-brûlure de plus de 80 kg, il faut ajouter 100 ml/h par tranche de 10 kg » (14, traduction libre). Si la VBG présente une hypotension initiale, une investigation s'impose, car une brûlure, à elle seule, entraîne rarement une hypotension dans les premiers instants (1). Par exemple, un choc hémorragique pourrait survenir en raison d'une fracture du bassin dans un contexte de brûlure.

D pour Déficits neurologiques

Il est important d'établir le niveau d'état de conscience et le portrait neurologique sommaire dès l'arrivée de la VBG (2). En cas de brûlures faciales, il faudra également évaluer l'état de la cornée (2). En cas d'exposition prolongée à la fumée ou de brûlure chimique, un lavage cornéen devrait être réalisé à l'aide de LR ou selon les directives du Centre antipoison du Québec (CAPQ). Si l'état de conscience est altéré, il demeure capital d'évaluer la présence d'un autre traumatisme ou d'une intoxication (2).

E pour Exposition

En prévision de l'arrivée d'une VBG en salle de réanimation, il est important de monter la température ambiante de la pièce (28 à 31°C) et de préparer des solutés chauds pour administration (22). Le retrait des bijoux, des vêtements et la mise en place d'une couverture chauffante doivent être effectués dès l'arrivée de la VBG à l'urgence (1,2). La température de la VBG devrait également être surveillée par l'installation d'une sonde de température rectale en continu, puisque l'hypothermie compromet les chances de survie (26).

Si les blessures de la VBG sont secondaires à une brûlure chimique, le CAPQ devrait être contacté avec le nom du produit, les circonstances d'exposition (p.ex. délai, la durée, le mode d'exposition), ainsi que l'état actuel de la personne soignée. Le personnel soignant devrait également se munir d'équipement de protection individuelle complet afin de limiter leur exposition au produit chimique présent sur la VBG (27). Il sera également pertinent d'attendre les directives de décontamination recommandées par le CAPQ avant d'amorcer le lavage des brûlures pour éviter d'aggraver la situation ou de contaminer le personnel soignant.

En parallèle avec l'évaluation et la documentation complète des brûlures (p. ex. SCTB, classification, type, présence de contaminants dans le lit de la plaie avant le nettoyage), il importe de déterminer la présence d'autres atteintes traumatiques possibles (p. ex. fractures, saignements, blessures de la colonne vertébrale) (11).

Finalement, si la VBG a été exposée à un feu dans un espace clos et y est demeurée pendant plusieurs minutes, il est important de garder un niveau de suspicion élevé d'intoxication au cyanure (1,14). Si le portrait clinique est concordant avec ce type d'intoxication, il faudra planifier rapidement l'administration d'un antidote tel que le Cyanokit® (hydroxocobalamine) (14).

Lavage et pansements avant le transfert interhospitalier

Le but de l'application des pansements est de protéger les plaies de l'environnement, de réduire la douleur causée par les terminaisons nerveuses exposées à l'air et de réduire les délais de transfert vers le CEVBG (7). Les CEVBG demanderont ensuite un nettoyage sommaire de la plaie à basse pression à l'aide de solution saline à température corporelle ou avec la solution recommandée par le CAPQ (7). Par la suite, les CEVBG devront obtenir des photographies des brûlures afin d'accepter le transfert interhospitalier vers leurs installations (1). Finalement, il faudra couvrir les plaies avec un pansement sec, non adhérent, sans appliquer de crème ou d'onguent et le couvrir d'une pellicule semi-occlusive (7). L'usage des pansements humides n'est pas recommandé chez la clientèle VBG puisqu'il entraîne une perte de chaleur corporelle, ce qui augmente le risque d'hypothermie. Pour les VBG nécessitant un transfert interhospitalier urgent, il est parfois recommandé de simplement emballer les brûlures de champs stériles non adhérents, sans débrider les phlyctènes. Une couverture thermique doit ensuite être mise en place autour de la VBG. En somme, les objectifs sont de protéger les plaies des contaminants et la VBG de l'hypothermie sans toutefois entraîner de délai dans le transfert vers le CEVBG (22). Le maintien de la normothermie et le transfert rapide vers les CEVBG demeurent les priorités absolues (2) afin d'optimiser le pronostic de la VBG (22). À l'arrivée au CEVBG, des soins avancés spécialisés, du débridement ainsi que l'usage de pansements avec ou sans effet antimicrobien seront initiés (14).

Soulagement de la douleur et prévention des risques

L'évaluation et la gestion de la douleur sont primordiales chez les VBG (2,9,28). La kétamine est un choix sécuritaire, puisque celle-ci permet de soulager la douleur sans effet dépressur sur le système respiratoire ou circulatoire (1). L'administration de la morphine IV, quant à elle, présente un effet analgésique, mais entraîne un effet dépressur sur le système respiratoire et circulatoire (1). Ainsi, l'usage de co-analgésiques non opioïdes est suggéré (28). Finalement, l'administration d'antibiotiques à large spectre en prophylaxie ne devrait pas être considérée d'emblée (7,14). Ce sera à la discrétion du CEVBG vers lequel la personne soignée sera transportée d'initier ou non une antibiothérapie à la suite d'une évaluation clinique avancée. Pour terminer, le rappel d'une dose de vaccin antitétanique devrait être envisagé si le statut vaccinal de la VBG est inconnu ou si sa dernière administration date de plus de 5 ans (15,27,29). En cas de doute, se référer aux consignes contenues dans les Programme d'immunisation du Québec (PIQ).

Conclusion

En conclusion, les VBG sont des personnes à haut risque de complications nécessitant des soins spécialisés dans des centres d'expertise. Les brûlures dont elles souffrent ont des répercussions physique et psychologique importantes, déclenchant une série de réactions multisystémiques. En centre primaire, le rôle de la personne infirmière responsable de la salle de réanimation est complexe. Dans le cadre de la prise en charge d'une VBG,



elle doit assurer un suivi rigoureux de la normothermie, de l'état hémodynamique et de la volémie. Son expertise est également essentielle pour optimiser la gestion de la douleur et la prévention du risque infectieux. De plus, elle joue un rôle clé dans la documentation, l'évaluation et les soins de première ligne liés aux brûlures elles-mêmes. Puisque les brûlures graves peuvent mettre en jeu le pronostic vital, il est primordial que le personnel infirmier travaillant en salle de réanimation mette à profit son expertise afin de diminuer la morbidité et la mortalité chez les VBG. 🍌

LES AUTEURES

Elisa Mileto

inf., M. Sc. (ét.)

Chargée de cours, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
Infirmière clinicienne, Urgence de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska,
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
(CIUSSS) de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ)
elisa.mileto@usherbrooke.ca

Nathalie Rouchet

inf., B.Sc.

Assistante infirmière chef, Unité des grands brûlés, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

Delphine Tartu

inf., B.Sc.

Infirmière clinicienne formatrice ressource clinique, expertise grands brûlés, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier Mathieu Gauthier, chef aux opérations à l'Urgence Bois-Francs, pour son expertise préhospitalière.

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

NOTES

1. Ouverture d'une escarre pour diminuer la pression sur les tissus sous-jacents.
2. Ouverture d'un fascia pour diminuer la pression sur le compartiment sous-jacent.

RÉFÉRENCES

1. Tremblay C, Albrecht KA, Sonke CC, Azad S. Approach to burn treatment in the rural emergency department. *Can Fam Physician*. 2024;70(2):95-9. doi: 10.46747/cfp.700295.
2. Programme de traumatologie du NB. Déclaration de consensus : Lignes directrices sur la pratique clinique en matière de brûlures. NB trauma; 2019. <https://nbtrauma.ca/wp-content/uploads/2021/01/Consensus-Statement-Emergency-Burn-Care-1.1-Mars-2019-Final-Francais.pdf>
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Organisation médicale d'une urgence en région rurale - Ressources humaines - Professionnels de la santé - MSSS. Gouvernement du Québec; 2022. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/organisation-medical-d-une-urgence-en-region-rurale/>
4. Ministère de la santé et des services sociaux. Mesures concernant l'attraction et la rétention des effectifs - Ressources humaines - Professionnels de la santé. Gouvernement du Québec; 2022. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/mesures-concernant-l-attraction-et-la-retention-des-effectifs/>
5. Severino F, Blanchet J, Fortier L. Le transport intra et interhospitalier en soins critiques, est-ce une activité à risque? *Soins d'urgence*. 2022;5(1):33-7. doi: 10.7202/1101699ar.
6. Organisation mondiale de la santé (OMS). Brûlures. OMS; 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/burns>
7. Reeves I, Chaplain V. Pratiques exemplaires en soins des plaies : de novice à expert. Laval, Québec : Presses de l'Université Laval; 2023.
8. Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). Grands brûlés. CHUM; 2025. <https://www.chumontreal.qc.ca/le-chum-votre-hopital/carrieres-stages/secteurs-emploi/specialite-soins-infirmiers/unite-grands-brules>
9. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mesures descriptives et indicateurs de qualité en soutien à l'amélioration de la qualité des soins et services offerts par les centres d'expertise désignés pour la clientèle adulte victime de brûlures graves au Québec. Gouvernement du Canada; 2020. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Indicateurs_VBG_GN.pdf
10. Bai H, Graham C. Introduction : Skin. *Yale J Biol Med*. 2020; 93(1):1-2. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7087064/pdf/yjbm_93_1_1.pdf
11. Schaefer TJ, Tannan SC. Thermal Burns. *StatPearls*; 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430773/>
12. Chen SX, Zhang LJ, Gallo RL. Dermal white adipose tissue : A newly recognized layer of skin innate defense. *J Invest Dermatol*; 2019;139(5):1002-9. doi: 10.1016/j.jid.2018.12.031.
13. American Burn Association (ABA). Guidelines for burn patient referral. ABA; 2022. <https://ameriburn.org/resources/burnreferral/>
14. Jeschke MG, Van Baar ME, Choudhry MA, Chung KK, Gibran NS, Logsetty S. Burn injury. *Nat Rev Dis Primer*. 2020;6(1):11. doi: 10.1038/s41572-020-0145-5.
15. American Burn Association (ABA). Advanced burn life support course- provider manual. Vol. 1. Chicago; 2023.
16. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie. INESSS; 2018. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Exigences_Designation_Trauma.pdf
17. Collège des médecins du Québec (CMQ). Le transfert interétablissements - prise en charge et sécurité des patients. CMQ; 2021. <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/p-1-2020-08-25-fr-transfert-interetablissements-prise-en-charge-et-securite-des-patients.pdf>
18. Entraide Grands Brûlés. Parcours : soins aigus. Entraide Grands Brûlés; 2024. <http://entraidegb.org/parcours/soins-aigus/>
19. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie. Gouvernement du Québec; 2018. <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/EQTPT/Echelle-triage-prehospitalier-SEPT-2016.pdf>
20. Kelly D, Johnson C. Management of burns. *Surg Oxf*. 2021;39(7):437-43. doi: 10.1016/j.mpsur.2021.05.004.
21. Canadian Association of Wound Care. Le brûlures : prévenir et gérer les lésions cutanées. Wounds Canada; 2021. https://www.woundscanada.ca/doclink/home-care-burns-1958f/eyJ0eXAiOiJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWUiOiJob211LWNhcmUtYnVybMtMTk1OGYiLCJpYXQiOiJlE2MTlxOTYwODUsImV4Cl6MTYxMjI4MjQ4NX0.Cs7G_2UV-Syl7C-NDuqrAgYZZeMLUElgbOrc5PZFQfK
22. IBSI Practice Guidelines Committee. IBSI Practice guidelines for burn care, part 2. Burns. 2018;44(7):1617-706. doi: 10.1016/j.burns.2018.09.012.
23. Busti C, Marchetti R, Monti M. Management of acute-phase burn patients in emergency department. *Ital J Med*. 2024;18:1-5. doi: 10.4081/ijtm.2024.1698.
24. Greenhalgh DG. Management of burns. *N Engl J Med*. 2019;380(24):2349-59. doi:10.1056/NEJMr1807442.
25. Smith D, Bowden T. Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nurs Stand*. 2017;32(14):51-63. doi:10.7748/ns.2017.e11030.
26. Programme de traumatologie du NB. Déclaration de consensus sur le traitement des brûlures : FAQ. NB trauma; 2019. <https://nbtrauma.ca/wp-content/uploads/2021/01/FAQ-Burn-Consensus-Statement-JULIET-2019-FR-FINAL.pdf>
27. IBSI Practice Guidelines Committee, Steering Subcommittee, Advisory Subcommittee. IBSI Practice guidelines for burn care. Burns. 2016;42(5):953-1021. doi: 10.1016/j.burns.2016.05.013
28. Romanowski KS, Carson J, Pape K, Bernal E, Sharar S, Wiechman S, Carter D, Liu YM, Nitzschke S, Bhalla P, Litt J, Przkora R, Friedman B, Popiak S, Jeng J, Ryan CM, Joe V. American Burn Association guidelines on the management of acute pain in the adult burn patient: A review of the literature, a compilation of expert opinion, and next steps. *J Burn Care Res*. 2020;41(6):1129-51. doi:10.1093/jbcr/iraa119.
29. Ministère de la santé et des services sociaux. dcaT, dcaT-VPI et dT : vaccins contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos et la poliomyélite. Gouvernement du Québec; 2024. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/diphtherie-coqueluche-tetanos-et-poliomyelite-dt-dcat-dcat-vpi/#prophylaxie>
30. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Critères de transfert vers un centre d'expertise pour victimes de brûlures graves. INESSS; s.d. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/FECST/Publications/Divers/VBG_criteres_transfert_vers_centre_expertise.pdf
31. Cornet T. La classification et l'évaluation des brûlures. *Walter Learning*; 2023. <https://walter-learning.com/blog/sante/medecin-generaliste/plaies-aigues-et-chroniques/classification-brulures>



Développer ses compétences avec une certification en soins d'urgence

par **Mirelle Gagnon-Gervais et Amélie Samson**

L'Association des infirmiers et infirmières du Canada (AIIC) dispense, depuis plus de 30 ans, des certifications dans 22 spécialités de la pratique infirmière, dont les soins d'urgence. Ce programme permet aux infirmier.ères d'approfondir leurs connaissances et de faire reconnaître leur expertise dans les soins complexes que sont les soins d'urgence. L'Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec (AIUQ) est fière de soutenir le personnel infirmier œuvrant dans les urgences désirant compléter cette certification. Dans cet article, deux infirmières détenant une certification en soins d'urgence vous partageront leur parcours, ainsi que toutes les informations pertinentes relativement à l'examen de certification.

Qu'est-ce qui vous a motivé à obtenir la certification en soins d'urgence de l'AIIC?

Mirelle : J'ai toujours eu un intérêt pour les soins d'urgence et je désirais faire reconnaître l'expertise que j'ai développée graduellement avec diverses formations et plusieurs années de travail à l'urgence. Lorsque j'ai pris connaissance de la certification en soins d'urgence, je trouvais que c'était un beau défi professionnel. Par la suite, avec quelques collègues, nous avons créé notre groupe d'étude et nous nous sommes inscrits en même temps à l'examen de certification. Le tout était appuyé par les gestionnaires de notre urgence, ce qui a grandement facilité l'organisation de notre groupe d'étude.

Amélie : J'ai étonnamment complété ma certification après avoir quitté l'urgence. Je travaillais alors en enseignement à l'université et je voulais maintenir et parfaire mes connaissances puisque j'enseignais, entre autres, des éléments des soins d'urgence. J'avais déjà six ans d'expérience en soins d'urgence, mais je désirais actualiser mes savoirs et m'assurer d'avoir toutes les notions nécessaires pour avoir une vue d'ensemble des soins d'urgence.



↑ Mirelle Gagnon-Gervais, Infirmière clinicienne à l'urgence du CHUM

Quel a été votre parcours d'étude en vue de l'examen de certification? Quels sont vos conseils?

Mirelle: Je recommande minimalement six mois d'étude avant l'examen de certification. Avec mon groupe d'étude, nous avons établi un calendrier de présentation selon la liste de sujets possibles à l'examen. Nous avons séparé la matière selon les éléments que nous étions plus à l'aise et les sujets que nous désirions présenter. Nous avons eu, en moyenne, une rencontre à toutes les deux semaines avec des présentations à tour de rôle, d'un ou deux sujets. Nous avons débuté en octobre jusqu'à l'examen en mi-mai. En équipe, nous échangeons de la documentation ainsi que les ressources que nous trouvions intéressantes. Parallèlement, j'étudiais seule minimalement trois heures par semaine à l'aide de livres sur les soins d'urgence, ainsi que les présentations de résumés de sujets à l'examen offertes par l'Association nationale des infirmiers et infirmières d'urgence (ANIIU). Je recommande de bien organiser votre temps d'étude, idéalement en faisant un calendrier couvrant toute la matière à maîtriser. Également, mon groupe d'étude m'a permis de me motiver lorsque je doutais de mes capacités!

Amélie: Contrairement à Mirelle, j'ai étudié de façon indépendante. Je me suis inscrite seule, sans collègues pour étudier. Étant autonome, j'ai rapidement planifié mon étude. L'AIC offre un guide qui décrit les thématiques à étudier ainsi qu'une liste bibliographique. Je me suis procuré les livres nécessaires et j'ai organisé mon temps pour réviser tout le contenu. J'ai eu la chance de cumuler beaucoup de connaissances avec mes années d'expérience dans une urgence avec une clientèle variée (p. ex. néonatalité, pédiatrie, clientèle adulte, gériatrie, psychiatrie). La préparation m'a donc pris environ quatre à cinq mois. J'ai révisé les différents sujets, fait des résumés et relu les notions qui m'étaient moins familières.



↑ Amélie Samson, Conseillère en soins infirmiers à l'Institut de cardiologie de Montréal

Selon vous, quelles sont les retombées de votre certification en soins d'urgence?

Mirelle: En me préparant pour l'examen, j'ai révisé plusieurs contenus de soins d'urgence avec lesquels j'étais moins familière. La certification a vraiment pu élargir les connaissances que je peux appliquer quotidiennement dans mon travail à l'urgence. La certification a ajouté un outil de plus dans mon sac à dos de professionnelle et me donne plus de confiance dans mon expertise en soins d'urgence. Le fait d'avoir réussi grâce à mon groupe d'étude a été profondément gratifiant et a créé une cohésion d'équipe.

Amélie: Comme mentionné dans les motivations à faire la formation, c'est surtout l'acquisition et le renforcement des connaissances qui ressort selon moi. La certification m'a permis de mieux comprendre certains aspects des soins d'urgence et même d'en découvrir de nouveaux. Malheureusement, puisque je ne travaille plus dans un département d'urgence, je n'ai pas cette reconnaissance spécifique de la part de mon employeur. Cependant, mes supérieurs et mes collègues savent que j'ai cette certification et peuvent me demander conseil sachant que j'ai une expertise dans ce domaine.

INFORMATIONS PERTINENTES RELATIVES À L'EXAMEN

Critères d'éligibilité

L'inscription à la certification peut se faire selon deux parcours distincts. Le premier, basé uniquement sur l'expérience, requiert 1950 heures de travail dans les soins d'urgence (soins directs, formation, recherche, élaboration de politique ou administration) au cours des cinq dernières années. Le second, combinant expérience et formation spécialisée, exige 1000 heures de travail en soins d'urgence au cours des cinq dernières années, ainsi que la complétion d'un programme post-diplôme officiel de 300 heures réalisé dans les 10 dernières années (1).

Tableau 1. Répartition des sujets pour l'examen de certification en soins d'urgence de l'AiIC

CATÉGORIES ÉVALUÉES EN SOINS D'URGENCE	PONDÉRATION APPROXIMATIVE DANS L'ENSEMBLE DE L'EXAMEN DE CERTIFICATION
Appareil cardiovasculaire	7-11 %
Système respiratoire	6-10 %
Système neurologique	5-9 %
Système gastro-intestinal	5-9 %
Traumatismes multisystémiques	5-9 %
Triage	5-9 %
Santé mentale	4-8 %
Systèmes immunologique, hématologique et endocrinien	4-8 %
Systèmes musculosquelettique et tégumentaire	4-8 %
Maladies infectieuses	3-7 %
Région maxillo-faciale, yeux, oreilles, nez et gorge	2-6 %
Système génito-urinaire	2-6 %
Violence dans les relations et agressions sexuelles	2-6 %
Toxicologie/utilisation de substances	3-5 %
Soins obstétricaux et système reproducteur de la femme	2-4 %
Urgences environnementales	2-4 %
Aspects psychosociaux	1-3 %
Planification du congé et enseignement au client	1-3 %
Questions juridiques et éthiques et pratique professionnelle	1-3 %
Sécurité psychologique	1-3 %
Préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes	1-3 %

Source : Adapté de l'AiIC (2)

Dates importantes à retenir

Les inscriptions pour la certification sont de la mi-janvier à la fin mars pour l'examen du printemps et de la mi-juin à la fin septembre pour l'examen ayant lieu à l'automne (1).

Les examens pour la certification ont lieu les deux premières semaines de novembre ou de mai. Il est possible de faire la certification sur place dans un centre d'examens ou en ligne (1).

Selon votre profil d'étude et le temps que vous prévoyez planifier pour étudier, nous vous conseillons de vous inscrire le plus tôt possible afin de pouvoir bien organiser votre étude.

Contenu de l'examen de certification

Les compétences évaluées à l'examen de certification en soins d'urgence sont classées en 21 catégories avec un certain nombre de questions pour chacune d'entre elles (voir Tableau 1). L'examen de certification comprend environ 165 questions à choix multiples (2).

Frais d'inscription à l'examen

Les frais d'inscription à la certification s'élèvent à 570 \$ pour les membres de l'AiIC et à 756 \$ pour les non-membres (1). Il y a également des frais supplémentaires de prise de rendez-vous au centre d'examen à prévoir qui sont de 85 \$ pour l'examen en ligne et de 110 \$ pour l'examen en présentiel (1).

Plusieurs associations professionnelles en santé, telles que l'ANIIC et la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada (FIIC), offrent des bourses pour soutenir leurs membres qui complètent la certification (1). L'AiIUQ est également heureuse de soutenir ses membres en octroyant deux bourses d'études de 500 \$ à ceux ou celles ayant réussi l'examen de certification.

Renouvellement de la certification

La certification est valide pendant cinq ans. Par la suite, elle peut être renouvelée de deux manières : 1) en soumettant une liste d'activités d'apprentissage continu en lien avec la spécialité de la certification, ou 2) en repassant l'examen de certification (1).

Préparation à l'examen de certification: l'AiIUQ est là pour vous!

L'AiIUQ se porte disponible pour vous aider dans votre préparation de la certification en soins d'urgence. À votre demande, vous pouvez être jumelé à un groupe d'étude ou à un mentor selon vos besoins de préparation. Vous n'avez qu'à envoyer un courriel avec votre nom complet et vos besoins à gestion@aiiuq.qc.ca.

Bonne chance à tous et à toutes!

Liens utiles

Site de l'AiIC avec les informations pertinentes pour la certification : www.cna-aiic.ca/fr/certification

Plan directeur pour la certification en soins d'urgence de l'AiIC :



N.B. : Le contenu et les frais de l'examen de certification peuvent avoir changé depuis la publication de cet article. Veuillez vous référer au site de l'AiIC pour les informations à jour. La version en ligne contient l'ensemble des liens hypertextes pour accéder à la documentation. ➡

AUTEURES

Amélie Samson

inf., M.Sc., CSU (C)

Conseillère en soins infirmiers, Institut de cardiologie de Montréal (ICM)

Mireille Gagnon-Gervais

inf., B.Sc., CSU (C)

Infirmière clinicienne, urgence, Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner qu'Amélie Samson est administratrice sur le conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AiIUQ) et Mireille Gagnon-Gervais fait partie du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*, à titre d'éditrice associée.

RÉFÉRENCES

1. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AiIC). Certification. 2025. <https://www.cna-aiic.ca/fr/certification>
2. Association des infirmières et infirmiers du Canada (AiIC). Plan directeur de l'examen et compétences de la spécialité. 2020. https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/17_0984_ER_Blueprint_French_2020_Copy.pdf



Le trouble de l'usage des opioïdes: évaluation et interventions infirmières à l'urgence

par **Chantal Deplantie et Sylvie Charette**

Cet article met en lumière les préoccupations liées à la prescription d'opioïdes chez des personnes en situation de vulnérabilité, notamment celles dépourvues de filet de sécurité sociale. Il souligne le rôle clé du personnel infirmier à l'urgence dans l'évaluation du risque de trouble de l'usage des opioïdes (TUO) et dans la mise en place d'interventions adaptées. Grâce à une approche intégrée, le personnel infirmier joue un rôle essentiel dans l'éducation des personnes soignées et de leurs proches, favorisant ainsi l'adhésion aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques. Il peut également fournir des outils et des ressources au niveau de la gestion de la douleur aiguë ou chronique afin de réduire l'ensemble des risques sur la santé physique, psychologique et sociale de ces personnes. Dans un contexte où de nombreuses consultations à l'urgence concernent des douleurs aiguës ou chroniques, le personnel infirmier doit adopter les meilleures pratiques afin d'optimiser la prise en charge des personnes à risque de TUO.

Introduction

Selon un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 125 000 personnes ayant un trouble de l'usage des opioïdes (TUO) sont décédées d'une surdose d'opioïdes en 2019 (1). Ce même rapport indique que seulement 10 % de ces personnes suivaient un traitement psychothérapeutique pour traiter leur TUO et réduire le risque de surdose (1). Au Canada, ce sont plus de 44 592 décès liés à une intoxication aux opioïdes qui ont été enregistrés entre les mois de janvier 2016 et décembre 2023 (2). Le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) révèle, quant à lui, que le Canada est le deuxième plus grand pays consommateur d'opioïdes sur ordonnance au monde, après les États-Unis (3). La prescription inadaptée d'opioïdes pour la prise en charge de douleurs contribue fortement à la crise actuelle (4). Une autre cause du problème serait le nombre limité de solutions de rechange disponibles comme l'accès à des services de première ligne de type clinique

de la douleur, par exemple. L'ordonnance par défaut d'opioïdes pour le traitement des douleurs aiguës ou chroniques, combinée à une absence de suivis auprès de la clientèle ambulatoire, mène les personnes en détresse ou en situation de vulnérabilité à avoir accès à des médicaments pouvant mener à des TUO (5).

Actuellement, une grande partie de l'intérêt porté à la crise aux opioïdes se concentre sur les interventions en aval. En effet, de nombreux programmes de sensibilisation, d'évaluation et d'intervention pour répondre aux enjeux de surdoses sont mis en place, dont l'élaboration d'une formation qui permettra d'habiller les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux à l'administration de naloxone (6). Les principes clés de l'approche de réduction des méfaits englobent également un éventail de pratiques visant à minimiser les conséquences négatives de la consommation de substances tels que, les sites de consommation supervisée, les programmes de distribution de matériel à risque réduit, les pairs aidants, le soutien communautaire ainsi que les programmes de traitement de substitution comme la méthadone ou la buprénorphine (6). Néanmoins, il apparaît crucial de mettre davantage l'accent sur des interventions qui pourraient survenir en amont, soit avant l'éventuelle prescription d'opioïdes. Selon le rapport de l'OCDE, la surprescription d'opioïdes est considérée comme l'une des causes profondes les plus importantes de la crise actuelle (3).

Les préoccupations face aux risques qu'entraîne la prescription d'opioïdes à des personnes en situation de vulnérabilité et n'ayant pas de filet de sécurité sociale sont importantes (7). Ce filet de sécurité représente le réseau de soutien pour ces personnes. Lorsqu'absent ou insuffisant, les personnes en situation de vulnérabilité peuvent se retrouver sans ressources essentielles, notamment l'accès à des soins appropriés à leur condition (8, 9).

La contribution du personnel infirmier dans l'évaluation du risque de TUO est déterminante. Une prise en charge systémique et globale qui tient compte de plusieurs approches, qu'elles soient médicamenteuses, physiques, psychologiques ou sociales, est essentielle dans l'évaluation de la douleur aiguë ou chronique et dans la prescription d'opioïdes (7,8). En contexte de soins d'urgence, cette prise en charge peut représenter un défi encore plus important pour le personnel infirmier. Lorsque cette prise en charge est inadéquate, les conséquences, tant sur le plan individuel que sur le plan socioéconomique, peuvent être majeures pour les personnes vivant avec de la douleur. Mettre à la disposition du personnel infirmier des outils cliniques permettant d'évaluer la probabilité qu'un individu développe un comportement à risque tel que l'utilisation inadaptée d'opioïdes, apparaît comme une piste d'intervention prometteuse dans la prévention et la gestion des risques en ce qui a trait au TUO (9,11). De cette façon, le personnel infirmier peut ainsi adapter le suivi de ces personnes en fonction de leur profil de risque. Ces outils peuvent aussi permettre l'identification des personnes soignées présentant un risque élevé de développer des TUO avant l'initiation d'un traitement aux opioïdes de manière à assurer un suivi individuel adapté et à leur prodiguer des conseils en lien avec leur situation.

C'est dans cette optique que se positionne le présent article qui a pour but d'analyser les facteurs de risque pouvant mener au développement d'un TUO chez des personnes ayant des douleurs aiguës ou chroniques et d'établir le rôle direct que peut jouer le personnel infirmier à l'urgence. En explorant le contexte biologique, psychologique et social des personnes se présentant aux urgences pour une plainte de douleur, le personnel infirmier pourra mieux identifier les risques encourus. Cet article vise aussi à détailler différentes stratégies de prévention en lien avec le TUO comme l'identification des risques dans la population aux prises avec des douleurs aiguës ou chroniques, notamment par leurs facteurs de risques et de protection. Finalement, cet article vise à établir le rôle direct que peut jouer le personnel infirmier œuvrant aux urgences dans l'évaluation, la gestion, l'intervention et le suivi de ces personnes afin de prévenir les risques de TUO.

Mise en contexte

La douleur chronique est l'un des principaux motifs de consultation pour des soins de santé en Amérique du Nord (12). Cette condition touche environ 20 % de la population mondiale (13). Dans le cadre du traitement pharmacologique du syndrome de la douleur chronique, c'est plus de 90 % des personnes soignées qui déclarent recevoir des opioïdes, sans autre forme de traitement (4,5). Bien que les prescriptions d'opioïdes au Québec aient diminué au cours des dix dernières années, leur utilisation demeure un enjeu important, notamment dans les services d'urgence (2,5). Les prescriptions d'opioïdes, même médicalement justifiées, peuvent comporter des risques si elles ne sont pas adéquatement encadrées, comme des intoxications aiguës, ou mener au développement d'un TUO. Il est donc crucial de respecter la posologie, les recommandations médicales et d'éviter les mélanges avec d'autres dépresseurs du système nerveux central comme l'alcool ou les benzodiazépines (4,5). Il est essentiel que le personnel infirmier adopte une approche intégrée, comprenant la prestation de soins de santé physique et mentale, dans le traitement de la douleur au moyen d'opioïdes. Pour ce faire, il faut surveiller attentivement non seulement l'ordonnance d'opioïde, mais également leur utilisation (14).

Le TUO

La définition de ce qui constitue un TUO a beaucoup évolué dans les dernières années. Initialement, en 1975, l'OMS avait défini la dépendance comme étant un état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence. La tolérance peut être présente ou non dans cette définition de la dépendance (15). La tolérance aux opioïdes est un phénomène neuroadaptatif qui se produit lorsque, avec le temps, une personne qui utilise des opioïdes nécessite des doses plus élevées pour obtenir le même effet initial, qu'il s'agisse de la gestion de la douleur ou pour l'effet euphorique (16).

À ce jour, il existe deux classifications pour décrire le phénomène de la dépendance : la classification du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) et la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) de l'OMS. Comme défini dans la cinquième édition du DSM-5, les termes toxicomanie et dépendance ont été remplacés par l'expression *troubles liés à l'utilisation de substances* (TUS).

Les TUS sont évalués selon 11 critères. Les principaux sont la perte de contrôle de soi, l'interférence de la consommation sur les activités scolaires ou professionnelles, la poursuite de la consommation malgré la prise de conscience des troubles qu'elle engendre ou encore l'état de manque. C'est le cumul de ces critères qui détermine la sévérité du trouble (17).

Le TUO fait donc partie des différents TUS possibles. Plus précisément, le DSM-5 définit le TUO comme un mode d'usage problématique spécifique aux opiacés conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative. C'est un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que l'individu continue à consommer une substance malgré les conséquences importantes sur sa santé (18).

De son côté, la CIM-10 proposée par l'OMS indique que, pour poser un diagnostic de dépendance, au moins trois critères sur les six identifiés doivent être présents : 1) un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; 2) des difficultés à contrôler son utilisation ; 3) un syndrome de sevrage physiologique ; 4) la mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance ; 5) l'abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt ; et 6) la poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives (16). La dépendance est donc un phénomène physiologique qui conduit la personne à consommer à nouveau afin de ne pas

subir les effets désagréables du manque. C'est cette dépendance qui conduit à l'augmentation progressive des doses et donc au développement d'une tolérance (16).

Par conséquent, la dépendance et la tolérance vont de pair. Les deux constituent des adaptations à l'utilisation continue d'opioïdes et sont indiscociables. Si une tolérance survient, que ce soit en raison de facteurs psychologiques ou physiologiques, voire des deux, les symptômes de sevrage, y compris une aggravation de la douleur, persisteront à moins que la dose d'opioïdes ne soit augmentée. Chaque augmentation de dose restaurera momentanément l'efficacité des analgésiques, mais plusieurs augmentations de dose seront nécessaires et conduiront à l'état pénible, mais trop courant dans lequel aucune dose n'est plus suffisante (19).

Ainsi, le TUO est un trouble de santé mentale reconnu, défini par des comportements compulsifs liés à la consommation, une difficulté à réduire ou à arrêter l'usage malgré des conséquences néfastes et souvent le développement d'une tolérance associée à des symptômes de sevrage (18). C'est un trouble qui évolue par étape : d'abord la première exposition à la substance, puis la consommation contrôlée, enfin la consommation compulsive qui pousse la personne à prendre une substance à usage contrôlée malgré les nombreux effets négatifs sur sa vie (20).

Évaluation infirmière en présence d'un risque de TUO

Puisque les douleurs chroniques sont un motif fréquent de consultation aux urgences, il est nécessaire que les membres de l'équipe de soins soient en mesure d'évaluer adéquatement les personnes pour déceler d'éventuels TUO. Plusieurs résultats montrent que le contexte de soins d'urgence joue un rôle important dans la réponse des institutions de santé publique à l'épidémie d'opioïdes (21). Il existe d'ailleurs une forte corrélation entre les visites aux urgences et le risque de décès ultérieur par surdose de médicaments sur ordonnance (22).

L'évaluation clinique réalisée par le personnel infirmier brosse un portrait clair et détaillé de l'état physique et psychologique de la personne soignée lors des épisodes de douleur (23). Elle doit être réalisée avec rigueur, ce qui implique que le personnel infirmier doit s'assurer d'obtenir toutes les données pertinentes en lien avec la situation de santé de la personne soignée (24). Il faut être particulièrement attentif lors des évaluations cliniques, car un manque de rigueur peut se traduire par une évaluation incomplète, insuffisante ou erronée (24,25). De nombreuses situations peuvent expliquer une évaluation incomplète, telles qu'un manque de formation spécifique sur la gestion de la douleur, surtout dans un contexte de soins d'urgence. C'est pourquoi la vigilance est primordiale, tout comme l'utilisation d'outils facilitateurs, lesquels procurent un processus d'évaluation rapide et efficace, en assurant la cueillette de l'ensemble des données cliniques pertinentes (23). Ces outils seront présentés dans la prochaine section. Finalement, l'évaluation permet également de diriger vers des ressources complémentaires afin de gérer efficacement la douleur et minimiser les risques secondaires (25).

L'évaluation clinique, tant avant qu'après l'administration d'un opioïde, doit se faire selon la description qualitative et quantitative de la douleur, la dose reçue, son efficacité, son degré de sédation, le pic et la durée d'action, ainsi que les paramètres vitaux, et ce, afin de permettre d'obtenir une vue d'ensemble (24,26). Cela reflète bien le travail crucial qu'effectue le personnel infirmier dans l'évaluation systémique et globale de la personne,



mais également la contribution de ces évaluations dans le choix du meilleur traitement tant pharmacologique que psychothérapeutique (23). Ce sont ces évaluations objectives et détaillées du personnel infirmier qui permettent d’orienter le choix du traitement pour les personnes soignées (27). La prévention et la prise en charge efficaces de la douleur dépendent de soins pluridisciplinaires coordonnés, qui mettent l’accent sur une communication constante entre les membres de l’équipe de soins et les personnes soignées (23,27).

Une étude réalisée aux États-Unis a montré que les comorbidités en santé mentale, notamment la dépression, constituent un facteur de risque d’utilisation inadaptée d’opioïdes (28). Au Québec, près de 20 % des personnes soignées orientées vers un établissement multidisciplinaire de traitement de la douleur présentaient un risque modéré à sévère d’utilisation inappropriée d’opioïdes; ce risque était associé à plusieurs caractéristiques démographiques et psychosociales (29). Ces résultats soulignent l’importance d’évaluer le risque d’utilisation inappropriée d’opioïdes chez les personnes ayant de la douleur et d’envisager comment ce risque peut influencer le choix du traitement pharmacologique, ainsi que la fréquence du suivi nécessaire. L’évaluation de la condition physique et mentale d’une personne symptomatique est non seulement une activité réservée au personnel infirmier, mais elle constitue l’assise de l’exercice du rôle infirmier (23).

Instruments de prévention et de dépistage d’un TUO

Les unités d’urgence nécessitent plus que tout autre établissement de soins de santé des instruments de dépistage qui permettent de réaliser des évaluations rapidement en raison de la nature des consultations qui doivent être complétées en peu de temps, des types de soins cliniques qui y sont offerts et du volume de personnes soignées (14,30). De nombreux outils sont disponibles pour l’évaluation du risque de TUO et les conséquences qui y sont liées. Les instruments de dépistage dans l’évaluation des TUO sont disponibles sous différentes formes, pour presque tous les types de populations et fonctionnent dans plusieurs contextes cliniques (8). Cependant, il faut d’abord évaluer efficacement la douleur. Les échelles unidimensionnelles permettant de quantifier la douleur et les échelles multidimensionnelles, dont fait partie le *McGill pain questionnaire*, permettent d’explorer plus facilement le niveau et l’intensité de la douleur pour la personne (8,9). Il peut être aussi pertinent d’utiliser les outils disponibles pour l’évaluation de l’état psychologique de la personne soignée (*Beck Anxiety Inventory*, *Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]*, etc.), lesquels facilitent la prise de décision et le raisonnement clinique du personnel infirmier lors de l’évaluation de la personne soignée (30). Les incapacités et les invalidités provoquées par la douleur sont tous des éléments qui doivent être documentés avant de commencer un traitement aux opioïdes. Ces outils de dépistage fournissent aux membres de l’équipe de soins des informations permettant d’offrir des ressources adéquates aux personnes présentant un risque de TUO (14).

Dans un contexte de prévention, l’outil *Opioid Risk Tool* (ORT), développé par le D^r Lynn Webster, devrait être favorisé, car il permet de détecter les personnes les plus susceptibles de développer des TUO. L’outil est basé sur l’évaluation des facteurs génétiques et environnementaux qui rendent une personne exposée aux opioïdes à risque. L’outil n’a pas pour but de détecter une utilisation potentiellement inadaptée ou un éventuel TUO, mais sert plutôt à donner aux membres de l’équipe de soins une idée de la probabilité qu’une personne puisse présenter des compor-

tements inappropriés liés à la substance si elle se voit prescrire un opioïde sans un suivi serré et approprié (30,31). Cette échelle est composée de 10 éléments conçus pour évaluer les facteurs de risque d’utilisation inadaptée d’opioïdes (comportements inappropriés), notamment les antécédents familiaux et personnels de consommation de substances, l’âge, les antécédents d’abus sexuels avant l’adolescence et la détresse psychologique. Le score est aussi déterminé en fonction des normes associées au genre. Un résultat entre 0 et 3 représente un risque faible, entre 4 et 7 un risque modéré et un résultat totalisant 8 et plus représente un risque élevé d’utilisation inadaptée d’opioïdes. Ce court questionnaire pourrait, par exemple, être utilisé par le personnel infirmier au triage de l’urgence dans un contexte de consultation pour douleur aiguë ou chronique. Les questions de l’échelle ORT sont résumées dans le Tableau 1.

Par ailleurs, cette échelle présente une sensibilité et une spécificité adéquate en matière de prédiction du risque. Les résultats préliminaires montrent que l’ORT a prédit assez précisément quelles personnes étaient les plus à risque de présenter des comportements inappropriés lorsqu’on leur prescrivait des opioïdes pour le traitement de la douleur (31). En somme, l’utilisation de l’ORT dans la mise en place de mesures préventives avant l’initiation d’un traitement aux opioïdes et le suivi régulier des personnes plus à risque diminueraient considérablement les risques de TUO chez la population en situation de vulnérabilité (9). À noter qu’une version révisée de cet outil, sans l’item sur les antécédents d’abus sexuels, est également disponible. Cet item rend souvent la personne soignée inconfortable et peut faire en sorte qu’elle ne réponde pas bien au questionnaire. Les qualités psychométriques de la version révisée ont été démontrées comme équivalentes et même meilleures que la version originale (32).

Tableau 1. Questions de l’échelle Opioid Risk Tool (ORT)

	FEMME	HOMME
Antécédents familiaux d’abus de substance		
Alcool	1	3
Drogues illicites	2	3
Médicaments de prescription	4	4
Antécédents personnels d’abus de substance		
Alcool	3	3
Drogues illicites	4	4
Médicaments de prescription	5	5
Âge entre 16 et 45 ans	1	1
Antécédents d’abus sexuel avant l’adolescence	3	0
Trouble de santé mentale		
TDA, TOC, MAB, schizophrénie	2	2
Trouble dépressif majeur	1	1
Total		

Source : (31, traduction libre)

L'outil *Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain - Revised* (SOAPP-R), dans sa version abrégée de 24 éléments, est un autoquestionnaire conçu pour identifier les comportements inappropriés liés aux médicaments chez les personnes ayant de la douleur chronique pour qui on envisage un traitement aux opioïdes à long terme. Il présente aussi des caractéristiques en contexte de soins d'urgence dans l'évaluation initiale d'une personne qui consulte pour une douleur chronique en permettant d'identifier plus rapidement celles qui sont plus susceptibles d'en faire un trouble d'usage (33).

Le questionnaire *Current Opioid Misuse Measure* est également recommandé pour surveiller d'éventuels comportements inappropriés liés à l'administration d'un traitement aux analgésiques à base d'opioïdes pour soulager une douleur chronique (34). La pertinence de son utilisation dans un contexte de consultation rapprochée, c'est-à-dire, plus de cinq visites par année d'une personne dans les urgences pour un renouvellement d'un traitement actif d'opioïde, permettrait d'une part l'évaluation des comportements inappropriés possibles, mais aussi de valider l'efficacité du traitement aux analgésiques à base d'opioïdes en cours.

Ces différents outils, reconnus et validés, permettent de s'assurer de réaliser une évaluation adéquate auprès des personnes susceptibles de développer un TUO qui se présentent à l'urgence pour des douleurs chroniques.

Interventions infirmières en présence d'un risque de TUO

L'idée n'est pas de remettre systématiquement en question les traitements en matière de douleur aiguë et chronique, mais de comprendre que, corrélativement, l'augmentation des ordonnances d'opioïdes peut avoir occasionné différentes problématiques telles que le développement d'un TUO. Les membres de l'équipe de soins qui traitent les complications liées à la douleur chronique et à l'utilisation de substances doivent adopter une approche intégrée, en combinant les principes pharmacothérapeutiques à des thérapies comportementales et psychosociales appropriées après l'évaluation complète des besoins de la personne soignée (29,35).

Afin d'assurer un traitement adéquat et un meilleur suivi, il en va de la responsabilité du personnel infirmier de communiquer toute préoccupation ou observation à la personne prescriptrice. C'est pourquoi il est primordial, dans une optique de prévention des risques, d'optimiser les compétences d'évaluation liées à l'utilisation inadaptée et disproportionnée de substances et d'améliorer les compétences cliniques en matière d'évaluation et de gestion de la douleur. Il ne faudrait pas non plus oublier l'importance du rôle du personnel infirmier dans l'éducation des personnes soignées, de la famille et du public sur le mauvais emploi et l'utilisation inadaptée de substances (30).

Bien qu'il est important de garder en tête qu'un TUO peut s'installer dès la première ordonnance d'opioïdes, la déstigmatisation face aux TUO est également importante. En effet, la stigmatisation conduit parfois à une réduction de l'accès aux opioïdes sur ordonnance ou à l'arrêt brusque de la prescription, ce qui pourrait augmenter la consommation d'opioïdes obtenus illicitement, tels que le fentanyl et les substances analogues (2). Cette stigmatisation peut également freiner les personnes dans leurs recherches pour obtenir de l'aide (35). La contribution du personnel infirmier dans la prévention et l'éducation de la population face à la crise aux opioïdes peut faire une différence. Le rôle du personnel infirmier est déterminant à ce niveau.

Les perspectives en matière de soulagement et de traitement de la douleur ont beaucoup évolué depuis les 30 dernières années. Alors que jadis on traitait de façon inefficace la douleur en proposant des solutions inopérantes en matière de soulagement, le constat actuel est plutôt à l'opposé, avec une surprescription (35). L'idée n'est bien sûr pas de revenir aux pratiques antérieures ni de craindre de soulager les douleurs avec des opioïdes, mais plutôt d'apprendre des erreurs du passé. On constate un risque important de stigmatisation et une crainte grandissante chez les prescripteurs à commencer un traitement aux opioïdes (36,37). La formation est nécessaire pour les membres de l'équipe de soins afin d'améliorer la compréhension de la douleur, mais également pour rectifier la réalité concernant les fausses croyances auxquelles font face les personnes ayant de la douleur chronique nécessitant un traitement d'entretien aux opioïdes. La proposition ici est l'évaluation initiale et l'analyse de la prescription, non pas dans le but de refuser le traitement aux opioïdes, mais plutôt pour assurer un suivi adéquat selon la situation propre à chaque personne (30).





Les nouvelles lignes directrices et de nouveaux règlements semblent avoir remplacé la compassion et le jugement clinique en matière d'évaluation du meilleur traitement à offrir pour la gestion de la douleur (35). Les campagnes médiatiques, qui décrivent les opioïdes comme des substances mortelles et comportant des risques majeurs de développer un TULO, tendent à ne pas tenir compte de la consommation légitime ou thérapeutique et appropriée chez certaines personnes. C'est aux membres de l'équipe de soins de fournir un équilibre entre les stratégies multimodales de gestion sécuritaire de la douleur, équilibre qui s'établit par une évaluation globale permettant une approche personnalisée (12).

Le stigmatisation envers le TULO

La stigmatisation sociale envers les personnes atteintes d'un TULO est bien présente dans nos établissements de santé. Celle-ci peut se manifester par le fait de négliger ou de ne pas prendre au sérieux les personnes considérées comme des consommatrices avec des TULO ou encore que le discours médical ne propose pas de soulagement en fonction de l'intensité de la douleur (36). La stigmatisation structurelle se produit lorsque les lois, les politiques et les pratiques entraînent un traitement injuste des personnes ayant vécu ou vivant la maladie mentale. Cette injustice entraîne un accès inéquitable et une qualité de soins inférieure pour ces personnes, que leurs préoccupations concernent la santé physique, la santé mentale ou la consommation de substances (38). Les personnes concernées hésitent à solliciter des soins par crainte d'être jugées ou discriminées. La stigmatisation renforce l'exclusion et l'isolement des individus, aggravant leur état de santé. De plus, les attitudes négatives des membres de l'équipe de soins peuvent compromettre l'efficacité des interventions et la satisfaction des personnes soignées (37). Certaines politiques organisationnelles peuvent également décourager les membres de l'équipe de soins dans l'administration d'une analgésie appropriée. Le regard actuel sur la crise des opioïdes teinte également considérablement le jugement des membres de l'équipe de soins dans le choix du traitement (36). En effet, l'étiquette de la « narcodépendance » est difficile à porter et elle est toujours présente ainsi qu'inscrite dans les dossiers médicaux (3). Il revient au personnel soignant d'assurer l'évaluation adéquate du risque de développer un TULO et d'en informer les personnes soignées. Si la société juge sévèrement les TULO sous toutes ses formes, les membres de l'équipe de soins ne font pas exception. Effectivement, de nombreux témoignages corroborent cette stigmatisation infligée par le personnel soignant au sein même

des établissements de soins de santé (38). Dans un rapport de la Commission de la santé mentale du Canada, une analyse des notes médicales et infirmières a démontré le biais imposé par l'effet des TULO, qualifiant le discours de la personne soignée de non crédible et dénigrant d'autant leurs récits (38). Si les membres de l'équipe de soins ne prennent pas conscience et n'adaptent pas leur langage en matière de TULO, les courants de pensée dans la population n'évolueront pas non plus. Le TULO, quel qu'il soit, est un état médical traitable et non un choix.

La compréhension des mécanismes biologiques, environnementaux et sociaux des TULO est donc essentielle dans les établissements de soins de santé. Bien que le diagnostic de TULO doit être envisagé lors de l'exercice des soins, en aucun cas il ne devrait être utilisé pour juger de l'intensité de la douleur. La douleur est réelle et subjective.

C'est à travers la formation continue des membres de l'équipe de soins et en nous appuyant sur des résultats scientifiques probants que nous pourrions améliorer la compréhension de la douleur pour réduire la stigmatisation des personnes ayant un TULO et les aider à s'y retrouver dans le système de santé. Étant donné le rôle et l'étendue de la pratique du personnel infirmier, il serait judicieux de considérer les avantages de leur participation active dans les soins interprofessionnels qui sont offerts dans l'initiation d'un traitement aux opioïdes pour les personnes ayant de la douleur aiguë ou chronique.

Bien que les opioïdes soient considérés comme des substances contrôlées au sens de la loi, paradoxalement, il n'existe aucun système de suivi et d'évaluation des ordonnances actuellement au Québec. Néanmoins, des actions prévues sont proposées dans le Plan d'action interministériel en dépendance 2017-2027. En effet, malgré les initiatives proposées dans ce plan, le Québec ne dispose pas encore d'un programme complet de suivi et d'évaluation des ordonnances d'opioïdes et d'autres substances psychoactives (39). Cette absence limite la traçabilité des prescriptions, rendant plus difficiles la surveillance et la prévention d'usage inadaptée de ces substances (39).

Pistes de solutions

La prise en charge du TUO est une problématique complexe. Plusieurs pistes de solutions sont toutefois pertinentes à explorer. Notons l'importance des cliniques multidisciplinaires de gestion de la douleur qui offrent un cadre idéal pour examiner le risque d'utilisation inadaptée. Ces établissements soignent des personnes ayant de la douleur aiguë ou chronique et auxquels des opioïdes sont souvent déjà prescrits dans le cadre du traitement de gestion de la douleur. Les délais dans la prise en charge par des équipes spécialisées en gestion de la douleur restent néanmoins une préoccupation importante (29). La difficulté d'accès à des soins dans des cliniques ou auprès des fournisseurs de soins primaires favorise l'engorgement des urgences, alors qu'entre autres, les personnes ayant de la douleur chronique requièrent un suivi, surtout dans un contexte d'administration d'opioïdes. C'est pourquoi l'ensemble des intervenants et des fournisseurs de soins primaires devront continuer à travailler ensemble pour clarifier les lignes directrices de pratique clinique afin de s'assurer que les personnes soignées ont accès à une prise en charge appropriée de leur douleur tout en minimisant leur risque d'utilisation inadaptée d'opioïdes (29,35).

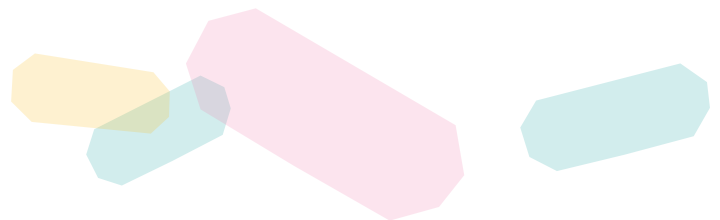
Il serait également intéressant de s'attarder aux programmes de surveillance des ordonnances en temps réel utilisés dans d'autres pays, lesquels ont amélioré la prise de décision clinique. En 2009, la Tasmanie a été le premier État à mettre en œuvre un système de surveillance des ordonnances en temps réel avec son système appelé *Drugs and Poisons Information System Online Remote Access* (DORA) (40). Ces programmes de surveillance des ordonnances sont efficaces pour améliorer la prise de décision clinique. Ils réduisent également les déplacements chez les fournisseurs de soins primaires et la contrebande de substances contrôlées. Ces programmes ont donc le potentiel de réduire les méfaits des médicaments sur ordonnance, y compris les décès dus à une intoxication aux opioïdes (40).

Au Québec, l'utilisation du dossier santé Québec (DSQ) aide grandement dans la prise en charge des personnes à risque, toutefois plusieurs lacunes évidentes dans son utilisation ont été notées. En effet, le DSQ ne donne pas accès à certaines informations qui ne sont pas centralisées, telles que les notes médicales, les diagnostics ou les antécédents familiaux (41). Concrètement, le DSQ permet de partager certains renseignements cliniques entre les membres de l'équipe de soins autorisés, mais il est à noter qu'une désinscription personnelle est possible. De plus, les informations apparaissant au dossier sont souvent incomplètes, les délais des résultats et l'absence de certaines ordonnances de médicaments étant les principales autres lacunes identifiées du système (41). Les établissements de détention provinciaux sont également exclus de l'accès au DSQ, ce qui fait en sorte que le personnel soignant n'a pas à inscrire les soins offerts et les médicaments administrés aux détenus en pénitencier. Cette réalité complexifie la prise en charge et le suivi nécessaire chez cette population (41).

L'objectif est d'établir des programmes de surveillance pouvant contribuer à réduire la stigmatisation et ses conséquences, telles qu'illustrées précédemment. Ainsi, un système de surveillance approprié des ordonnances, l'évaluation du risque, des suivis appropriés à la condition, l'augmentation des ressources adaptées, ainsi que l'éducation des professionnels en matière de risque de TUO lors de traitements de la douleur aiguë ou chronique sont des pistes d'intervention préventive pouvant faire la différence dans la gestion de cette crise des opioïdes et les conséquences qui en découlent. L'absence d'un système provincial intégré de suivi des ordonnances demeure un défi pour assurer la traçabilité complète et efficace des prescriptions d'opioïdes au Québec (39).

Conclusion

La crise des surdoses d'opioïdes constitue un enjeu de santé et de sécurité publique de premier ordre, qui appelle à une évaluation et des interventions ciblées et complémentaires de la part des membres de l'équipe de soins. Actuellement, la majorité des interventions en lien avec la crise des opioïdes se situent en aval. Il est nécessaire pour le personnel infirmier œuvrant à l'urgence d'agir également en amont. Une évaluation rigoureuse des personnes à risque de développer un TUO est nécessaire lors de leurs consultations à l'urgence pour des problématiques de douleur. Cette évaluation de la douleur et de la condition mentale, notamment, doit se faire par le biais d'outils rigoureux. La continuité des soins est d'une importance capitale dans le traitement du TUO. Les soins doivent être dispensés par des professionnels compétents en la matière qui respectent les domaines de compétence de chacun d'entre eux. L'importance réside dans la façon dont les membres de l'équipe de soins abordent les déterminants et conditions de santé, ainsi que les facteurs de risque biologiques, psychologiques et sociaux présents chez la personne soignée, de manière à contribuer conjointement à déterminer le traitement adéquat et le meilleur suivi. Le personnel infirmier joue également un rôle important dans l'éducation auprès des populations et la lutte contre la stigmatisation. Bien que le TUO est un enjeu complexe, aux multiples facettes, plusieurs pistes de solution existent, comme la mise de l'avant de la formation continue, le recours aux cliniques de la douleur ou encore l'établissement d'un système de surveillance des ordonnances. ➡



Saviez-vous que?

- Au Canada, approximativement une personne sur cinq et une personne âgée sur trois souffrent de douleur chronique (12).
- L'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) rappelle que les coûts directs et indirects reliés à la douleur chronique au Canada s'élèvent à plus de 60 milliards de dollars par an (12).
- Une semaine d'utilisation suffit pour que certaines personnes deviennent physiquement ou psychologiquement dépendantes aux opioïdes (40).
- Selon, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 24 % des aînés hospitalisés pour intoxication aux opioïdes les prenaient tels que prescrits (42).
- Une étude menée aux États-Unis en 2014 démontrait que depuis l'an 2000, 75 % des personnes ayant commencé à consommer des opioïdes illégalement ou sans ordonnance, y compris l'héroïne, avaient débuté par des opioïdes d'ordonnance (43).
- En 2017, les décès aux opioïdes au Canada étaient 50 % plus élevés que les décès causés par les accidents de voiture (44).
- L'ordonnance d'opioïdes pour une durée de plus de sept jours et l'obtention d'un renouvellement ou d'une deuxième ordonnance ont été associées à une probabilité environ deux fois plus élevée d'utilisation continue un an plus tard (45).
- Les personnes étudiantes en médecine vétérinaire recevraient de deux à cinq fois plus de formation sur la douleur que celles en sciences de la santé (35).

LES AUTEURES

Chantal Deplantie

inf., M. Sc. concentration santé mentale et soins psychiatriques

Conseillère en soins infirmiers, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides

Sylvie Charette

inf., Ph.D.

Professeure en soins critiques, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

sylvie.charette@uqo.ca

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

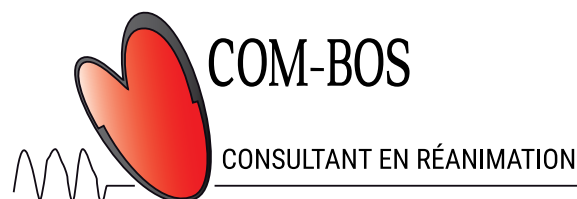
Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la santé (OMS). Surdose d'opioïdes. 2023. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>.
2. Gouvernement du Canada. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. 2024. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants>.
3. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Addressing problematic opioid use in OECD countries. 2019. doi :10.1787/a18286f0-en.
4. Société canadienne de psychologie (SCP). Recommandations pour faire face à la crise des opioïdes au Canada. 2019. https://cpa.ca/docs/File/Task_Forces/OpioidTaskforceReport_June2019-FR.pdf.
5. Ballantyne JC. Opioids for the treatment of chronic pain: Mistakes made, lessons learned, and future directions. *Anesth Analg*. 2017. 125(5): 1769-1778. doi:10.1213/ANE.0000000000002500.
6. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Administration de la naloxone pour inverser les effets d'une surdose d'opioïdes. 2018. <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/administration-naloxone-inverser-effets-d-surdose-d-opioïdes>.
7. Sazegar P. Enseigner la prescription sécuritaire et responsable des opioïdes pour la douleur chronique. 2020. <https://www.cfp.ca/content/cfp/66/4/e132.full.pdf>.
8. Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS-CRISM). Soutenir les personnes présentant un trouble de l'usage d'opioïdes dans les programmes psychosociaux: un document de référence. 2023. <https://crism.ca/wp-content/uploads/2023/11/topp-oud-supporting-document-final-fr.pdf>.
9. Collège des médecins du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec. Le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (TUO). 2022. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306027/lignes-directrices-TUO-20032020-vdef.pdf>.
10. Gagnon-Gervais M, Simard G, Lapierre A. Les huit étapes pour un triage infirmier optimal à la salle d'urgence. *Soins d'urgence*. 2022; 3(1): 13-18. doi: 10.7202/1101698ar.
11. Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (ESCODI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes. 2024. <https://dependanceitinérance.ca/app/uploads/2024/05/ESCODI-Guide-clinique-quebecois-TUO-2024.pdf>.
12. Campbell F, Hudspeth M, Choinière M, El-Gabalawy H, Liberté J, Sangste M, Swidrovich J, Wilhelm L. La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action. Rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur. Santé Canada, 2019. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2019.html>.
13. Chapados M, Déry M, Senay M-H, Gagnon F, Gamache J.B, Langlois E, Martel K, Thibault C, Tremblay P-Y, Émond V, Marcoux S. L'impact sanitaire des méfaits liés à l'usage d'opioïdes au Québec. INSPQ. 2023. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2023-10/3411-impact-sanitaire-mefaits-usage-opioïdes-quebec.pdf>.
14. George T. Toxicomanie. Document de travail à l'intention du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. 2009. <https://www.wsat.on.ca/fr/MedicalDiscussionPapers/faddiction.pdf>.
15. Organisation mondiale de la santé (OMS). Glossaire de la promotion de la santé. 1999. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf.
16. Organisation mondiale de la santé (OMS). Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance. 2004. <https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/neuroscience-f.pdf>.
17. Psychomédia. DSM-5 : un nouveau trouble d'utilisation de substances remplace l'abus et la dépendance. 2013. <https://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-05-27/troubles-d-utilisation-de-substances>.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision (DSM-5-TR). Washington. 2022. doi : book/10.1176/appi.books.9780890425787



19. Maldonado R. Le système opioïde endogène et l'addiction aux drogues. *Ann Pharm Fr.* 2010; 68(1): 3-11. doi:10.1016/j.pharma.2009.12.001
20. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3(8):760-773. doi:10.1016/S2215-0366(16)00104-8
21. Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emerg Med.* 2002; 20(3): 165-169. doi:10.1053/ajem.2002.32643
22. Brady JE, DiMaggio CJ, Keyes KM, Doyle JJ, Richardson LD, Li G. Emergency department utilization and subsequent prescription drug overdose death. *Ann Epidemiol.* 2015; 25(8): 613-619. e2. doi:10.1016/j.annepidem.2015.03.018
23. Letourneau J, Brisson M. L'évaluation clinique: cet incontournable. *OIIQ.* 2017. <https://www.oiiq.org/l-evaluation-clinique-cet-incontournable>
24. Doyon O, Longpré S. Évaluation clinique d'une personne symptomatique. 2^e éd. Montréal (Qc): ERPI; 2022.
25. Brien, L-A, Houle J, Milhomme D, Tanguay A. Soins critiques. 2^e éd. Montréal (Qc): Chenelière Éducation. 2019.
26. Jarvis, C. L'examen clinique et l'évaluation de santé. (3^e éd.). 2019. Montréal, Québec: Beauchemin/Chenelière Éducation.
27. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de soins et de services en douleur chronique - Orientations et lignes directrices 2021-2026. 2021. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-947-05W.pdf>
28. Saunders KW, Von Korff M, Campbell CI, Banta-Green CJ, Sullivan MD, Merrill JO, Weisner C. Concurrent use of alcohol and sedatives among persons prescribed chronic opioid therapy: Prevalence and risk factors. *J Pain.* 2012; 13(3): 266-275. doi:10.1016/j.jpain.2011.11.004
29. Pagé GM, Saidi H, Ware MA, Choinière M. Risk of opioid abuse and biopsychosocial characteristics associated with this risk among chronic pain patients attending a multidisciplinary pain treatment facility. *Clin J Pain.* 2016; 32(10): 859-869. doi:10.1097/AJP.0000000000000337
30. St. Marie B. The experiences of advanced practice nurses caring for patients with substance use disorder and chronic pain. *Pain Manag Nurs.* 2016; 17(5): 311-321. doi:10.1016/j.pmn.2016.06.001
31. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: Preliminary validation of the opioid risk tool. *Pain Med.* 2005; 6(6): 432-442. doi:10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x
32. Cheatle MD, Compton PA, Dhingra L, Wasser TE, O'Brien CP. Development of the revised opioid risk tool to predict opioid use disorder in patients with chronic nonmalignant pain. *J Pain.* 2019; 20(7): 842-851.
33. PainEDU. Screener and opioid assessment for patients with pain- revised (SOAPP[®]-R). 2016. <https://d1li5256ypm7oi.cloudfront.net/colospine/2016/08/SOAPP-R-Screener-and-Opioid-Assessment-for-Patients-with-Pain-Revised-160816-57b258fc9a277.pdf>
34. Butler SF, Budman SH, Fernandez KC, Houle B, Benoit C, Katz N, Jamieson RN. Development and validation of the Current Opioid Misuse Measure. *Pain.* 2007; 130(1-2): 144-156. doi:10.1016/j.pain.2007.01.014
35. Reid K. Douleur chronique - le point de vue infirmier sur la gestion de la crise au Canada. 2020. <https://community.cna-aiic.ca/dev-cn-french/blogs/ic-contenu/2020/03/16/douleur-chronique-le-point-de-vue-infirmier-sur-la>
36. Knaak S, Livingston J, Stuart H, Ungar T. Lutter contre la stigmatisation structurelle entourant les problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé: cadre d'action. Commission de la santé mentale du Canada. 2020. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-08/structural_stigma_framework_for_action_fr.pdf
37. Knaak S, Mercer S, Christie R, Stuart H. La stigmatisation et la crise des opioïdes: rapport final. 2019. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-07/Opioid_Report_july_2019_fr.pdf
38. Commissaire de la santé mentale du Canada (CSMC). Stigmatisation structurelle. 2025. <https://commissionsantementale.ca/stigmatisation-structurelle>
39. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Programme de suivi et d'évaluation des ordonnances d'opioïdes et autres substances psychoactives au Québec - Étude de faisabilité. 2024. <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/projets/programme-suivi-evaluation-ordonnances>
40. Boyles P. Real-time prescription monitoring: Lessons from Tasmania. *Aust Prescr.* 2019; 42(2): 48-49. doi:10.18773/austprescr.2019.007
41. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ressources de l'information, des technologies et des installations: Dossier santé Québec (DSQ). 2022. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-information-technologies-et-installations/dossier-sante-quebec-dsq/>
42. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016. 2017. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/pan-canadian-trends-opioid-prescribing-2017-fr-web.pdf>
43. Cicero TJ, Ellis MS, Surratt HL, Kurtz SP. The changing face of heroin use in the united states: A retrospective analysis of the past 50 years. *JAMA Psychiatry.* 2014; 71(7): 821-826. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.366
44. Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Rapport national: décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (de janvier 2016 à septembre 2017). Gouvernement du Canada. 2018. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-mars-2018.html>
45. Shah A, Hayes CJ, Martin BC. Characteristics of initial prescription episodes and likelihood of long-term opioid use - United States, 2006-2015. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2017; 66(10): 265-269. doi:10.15585/mmwr.mm6610a1



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



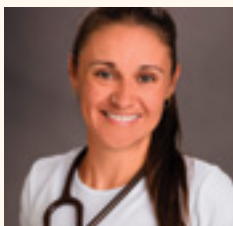


↑ Séance de zoothérapie à l'urgence de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

Soigner autrement: quand la zoothérapie s'invite à l'urgence

par **Koralie Yergeau**

ENTREVUE



Joanie Larouche

Infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

Direction du soutien à domicile et des services spécialisés en gériatrie, en déficience et en trouble du spectre de l'autisme (DSAD-SSG-DTSA)

Les urgences sont des lieux où se croisent soins, incertitude et anxiété pour les personnes soignées. Pour certaines, cette expérience peut être particulièrement éprouvante. Et si une approche alternative pouvait offrir un peu de réconfort au sein même de cet environnement? C'est la réflexion qui a mené l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins à mettre en place un service de zoothérapie dans son urgence. Nous avons eu l'opportunité de nous entretenir avec Madame Joanie Larouche, infirmière clinicienne en gériatrie à l'urgence, pour en savoir davantage sur cette initiative innovante.



↑ Joanie Larouche avec ces collègues lors d'une séance de zoothérapie.

Présentation de Joanie Larouche

Joanie Larouche (JL) est infirmière en gériatrie à l'urgence de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins depuis 2019. Cumulant 18 années d'expérience, elle a principalement exercé en centre hospitalier, tout en acquérant de l'expérience en clinique de cognition et de santé mentale adulte deuxième ligne. Animée par un profond intérêt pour les soins aux personnes âgées, elle a un engagement profond pour l'amélioration de leur expérience de soins.

Pouvez-vous me parler davantage du service de zoothérapie que vous offrez ?

JL : À toutes les deux semaines, pour une durée d'une heure, un service de zoothérapie est proposé aux personnes sur civières à l'observation de l'urgence de l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins. Cette activité se déroule sous forme de séances individuelles dans un local dédié situé dans le département de l'urgence. La durée accordée à chaque personne dépend du nombre de participantes et participants.

Le service est offert en étroite collaboration avec une technicienne en zoothérapie qui veille à la sélection des animaux participants, exclusivement des chiens et des chats pour le moment. Chaque jour où le service est offert, elle choisit les animaux en portant une attention particulière à leur état général et à leur comportement. Ceux-ci sont évalués selon des critères rigoureux établis par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie, afin d'assurer une expérience à la fois sécuritaire et agréable pour toutes et tous.

L'activité se tient toujours dans le même local, qui est désinfecté avant et après chaque séance par l'équipe de l'entretien ménager. Nous prenons également le temps de nettoyer entre chaque personne participante afin d'assurer un environnement sécuritaire et propre.

Les journées où nous tenons l'activité, je fais un premier tour de roue avec l'équipe soignante afin d'identifier les personnes qui correspondent à nos critères d'inclusion. Nous priorisons les personnes âgées, mais l'âge ne constitue pas un critère d'exclusion. Le personnel infirmier est bien placé pour repérer celles et ceux qui pourraient en tirer le plus grand avantage. Par exemple, les personnes vivant avec une déficience intellectuelle peuvent également bénéficier de la zoothérapie, peu importe leur âge. Il peut aussi s'agir d'une personne ayant reçu un diagnostic difficile, pour qui cette activité pourrait apporter du réconfort. Les personnes se retrouvant à l'urgence pour des raisons sociales ainsi que des enfants ou adolescent.es, ont aussi pu participer par le passé. Donc, même si nous accordons la priorité aux personnes âgées, toute personne correspondant à nos critères de sélection qui souhaite prendre part à l'activité peut en bénéficier.

Une fois les participantes et participants potentiels identifiés, je les rencontre pour leur présenter la zoothérapie et obtenir leur consentement. Comme ce type de service est peu courant dans un contexte d'urgence, ces rencontres sont essentielles pour assurer une compréhension claire de l'activité. Il est primordial pour moi que le consentement soit libre et éclairé. Les personnes proches aidantes et les visiteurs sont également invités à participer à l'activité avec la personne soignée, le cas échéant.

Montrer des photos des animaux participant à l'activité aide souvent à susciter l'intérêt. Cependant, certaines personnes peuvent avoir du mal à saisir l'objectif de la zoothérapie, surtout lorsqu'elles sont déjà préoccupées par leur présence à l'urgence, l'incertitude entourant leur état de santé ou la crainte de manquer la visite du médecin. Si je perçois que mes explications augmentent leur anxiété, je les remercie simplement de m'avoir écouté et je considère cela comme un refus. Chaque personne a pleinement le droit de décliner la zoothérapie, qui demeure un complément à l'offre de soins. Notre objectif est d'en faire une expérience bénéfique, jamais une source de stress.

La peur de manquer la visite d'un proche peut aussi être une source d'hésitation. À ce moment précis de leur vie, voir un être cher représente souvent un grand réconfort, voire un objectif en soi. Il est donc important de respecter cette priorité. D'ailleurs, les personnes visiteuses peuvent également prendre part à l'activité. Je tente donc de les impliquer lorsque cela est possible, ce qui est généralement très apprécié.

En identifiant à l'avance les personnes qui prendront part à la séance de zoothérapie, nous pouvons mieux organiser le déroulement de l'activité, établir des priorités et déterminer la durée de chaque rencontre ainsi que le moment opportun pour permettre à chaque personne de quitter temporairement sa civière. Une à une, sous ma supervision, les participantes et participants passent un moment avec les animaux et la technicienne en zoothérapie.

Lorsque le temps le permet, nous réservons les quinze dernières minutes pour l'équipe soignante. Ce court instant leur permet d'observer les animaux, ce qui, bien que simple, apporte un véritable baume dans une journée souvent très chargée.

Quels sont les critères permettant la participation à l'activité de zoothérapie ?

JL : D'abord, préalablement à la mise en place du service de zoothérapie à l'urgence, un travail rigoureux a été mené afin d'établir des critères précis en matière de prévention et de contrôle des infections, afin de garantir la sécurité des personnes participantes. Ainsi, pour pouvoir bénéficier de l'activité, celles-ci ne doivent pas être en isolement, présenter une neutropénie ou avoir une plaie non couverte. Aussi, les personnes ne doivent pas présenter d'allergies aux animaux.

De plus, il est essentiel que les personnes participantes ne présentent pas de risque élevé d'agitation physique importante. De ce fait, lorsque nous avons une incertitude quant à leur réaction face à l'animal, nous procédons à une approche progressive en faisant passer l'animal à proximité, soit devant la salle dédiée à l'activité. Si la personne manifeste une réaction d'indifférence, de peur ou une réponse négative, le service ne lui est pas offert et l'usager est ramené à sa civière.

En plus de ces critères, le service est actuellement offert uniquement aux personnes couchées sur une civière. Celles-ci peuvent avoir été vues ou non par le médecin de l'urgence ou être hospitalisées en attente d'un lit à l'étage. Un critère essentiel évalué par l'équipe soignante est donc la stabilité médicale des participantes et participants. Le jugement clinique est donc de mise lorsque vient le temps de cibler les personnes qui pourraient bénéficier de l'activité.

Comment est-ce que vous vous adaptez à la réalité spécifique de l'urgence ? Et comment assurez-vous la sécurité des personnes participantes ?

JL : En premier lieu, nous veillons à ce que l'épisode de soins à l'urgence ne soit jamais ralenti par l'activité de zoothérapie, ce qui nécessite une communication étroite avec l'équipe soignante. Par exemple, si une personne doit passer un examen d'imagerie sous peu, nous nous assurons de ne pas retarder le processus.

Même lorsqu'une session de zoothérapie est planifiée, si la situation générale à l'urgence ne le permet pas, nous pouvons annuler. Récemment, à l'urgence, il y avait 32 personnes en observation sur une capacité de 20 civières. Il n'aurait pas été sécuritaire d'offrir l'activité. Dans ces cas, j'avise rapidement la technicienne en zoothérapie et l'activité est annulée.

Ensuite, lors des séances, je suis toujours présente afin de garantir le bon déroulement de l'activité et d'assurer la sécurité des participantes et participants. Par exemple, si j'observe une détérioration de leur état, l'activité est immédiatement interrompue et la personne est raccompagnée à sa civière. Un suivi est ensuite assuré auprès du personnel soignant afin de permettre une évaluation rapide de la situation.

Pour poursuivre, plusieurs mesures de prévention et de contrôle des infections sont mises en place. Le lavage des mains est obligatoire, et l'animal ne repose jamais directement sur la personne : un piqué est toujours utilisé comme protection. Nous suivons également l'indice de prévention et contrôle des infections en temps réel sur Intranet et la possibilité de réaliser l'activité est validée avec l'infirmière spécialisée en prévention et contrôle des infections. Notre priorité absolue est d'assurer la sécurité des participantes et participants ainsi que la nôtre.

Mis à part la sélection des personnes participantes, de quelle manière le rôle infirmier intervient-il dans le suivi et la documentation de l'activité de zoothérapie ?

JL : Pour chaque personne participante à l'activité de zoothérapie, j'inscris une note détaillée dans son dossier. J'y précise, par exemple, que monsieur Untel a pris part à la zoothérapie et a interagi avec un chien ou un chat, ainsi que sa réaction pendant l'activité. Cette note permet au personnel soignant de savoir que l'expérience est bien réelle, notamment pour les personnes présentant des troubles neurocognitifs, chez qui l'évocation de l'activité pourrait autrement être perçue comme une hallucination. Elle contribue également à la continuité des soins : lorsque la personne est transférée à l'étage, l'équipe soignante est informée de sa participation à la zoothérapie. Pour celles et ceux qui le souhaitent, nous remettons aussi une photo *Polaroid* de l'animal, avec son nom et la date inscrits à l'arrière. Ce souvenir visuel peut être réconfortant, mais nous restons vigilants à ce qu'il ne génère pas d'agitation excessive. Si tel est le cas, nous intervenons en conséquence. Enfin, j'assure un suivi avec le personnel infirmier de l'urgence en partageant mes observations lors de la séance : la réaction de la personne, les bénéfices constatés et toute particularité à prendre en compte. Par la suite, c'est l'équipe soignante qui poursuit le suivi auprès de la personne participante.

Quels sont les bénéfices de la zoothérapie que vous pouvez observer jusqu'à maintenant ? Et comment mesurez-vous l'impact du service ?

JL : Lors de la sélection des personnes qui bénéficieront du service de zoothérapie, nous identifions toujours un besoin spécifique que cette activité pourrait satisfaire, qu'il s'agisse d'un besoin de socialisation, de gestion de l'anxiété ou de briser l'ennui. Cette prise en compte du besoin nous permet, pendant l'activité, d'évaluer les bénéfices en temps réel, notamment pour mesurer l'impact immédiat.

Par exemple, récemment, une personne dans la soixantaine, présentant des troubles neurocognitifs avec qui nous avons de la difficulté à communiquer, a participé à la session de zoothérapie. La possibilité d'être intégré à l'activité lui avait été offerte, car nous n'avions pas trouvé de moyen d'interagir avec elle jusqu'alors. Cette personne, qui adore les animaux, a eu une réaction incroyable : elle est devenue très émotive, heureuse, puis triste. Lorsque son médecin a appris sa participation à l'activité de zoothérapie, elle est venue la voir et nous a confié qu'elle n'avait jamais vu cette personne s'exprimer de la sorte. La zoothérapie a ainsi ouvert une fenêtre d'expression jusque-là inaccessible, mettant en lumière une autre dimension de la personne, au-delà de son état sur la civière.

Nous avons constaté également l'impact positif sur l'équipe soignante. Lorsqu'il y a des sessions de zoothérapie, le personnel infirmier démontre en majorité son enthousiasme. Cette activité permet d'alléger, ne serait-ce qu'un peu, leur quotidien déjà bien chargé.

Pouvez-vous me parler davantage du processus pour mettre en place le projet de zoothérapie à l'urgence ?

JL : J'ai commencé le travail sur ce projet en 2022-2023 et il a officiellement vu le jour au printemps 2024. La clé de sa mise en place a véritablement été la mobilisation des différentes parties prenantes. Il a fallu identifier les personnes clés, celles qui étaient non seulement enthousiastes à l'idée de participer au projet, mais aussi celles qui disposaient du pouvoir décisionnel nécessaire. Ce processus a impliqué l'envoi de courriels, des appels téléphoniques ainsi que des rencontres.

Tout d'abord, il était essentiel d'obtenir l'accord des gestionnaires de l'unité, tant en soins infirmiers que le gestionnaire médical. Ensuite, il a été nécessaire de collaborer avec la technicienne en zoothérapie pour définir l'horaire et coordonner tous les autres détails logistiques. De plus, j'ai pris en charge la validation avec le service de prévention et de contrôle des infections pour m'assurer que tous les critères de sécurité et d'hygiène étaient respectés. Le plus grand défi a été d'obtenir des indicateurs concrets et clairs, afin de garantir la conformité avec les normes en vigueur.

Parallèlement, il a également été crucial de mobiliser les équipes soignantes de l'urgence, incluant les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et le corps médical. Il a fallu les impliquer activement, leur expliquer l'objectif du projet et établir des canaux de communication avec leurs gestionnaires.

Les ressources financières, quant à elles, n'étaient pas négligeables. Heureusement, la fondation de l'hôpital a joué un rôle essentiel en assurant le financement nécessaire. Cependant, pour garantir la pérennité du projet, nous devons explorer des solutions pour un financement à long terme. Actuellement, il est assuré jusqu'en décembre 2025, ce qui nous permet de continuer à offrir le service toute l'année.

Une autre composante essentielle a été l'association avec la conseillère en approche adaptée à la personne âgée (AAPA), qui représente une grande aide dans la communication. Elle est vraiment centrale, en facilitant mes échanges avec les personnes clés. Cela a été fondamental pour former une équipe solide et alignée sur un objectif commun.



↑ Séance de zoothérapie à l'urgence de l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins

L'ensemble de ce processus a nécessité une coordination minutieuse entre toutes les parties prenantes. Chaque personne devait être présente au moment opportun pour garantir le succès du projet. Dans l'attente de réponses ou de suivis, j'agissais en tant que pivot, en veillant à ce que toutes les équipes travaillent ensemble de manière cohérente, avec une vision commune, pour faire de cette activité un succès.

Qu'est-ce qui vous a inspiré à initier un projet de zoothérapie à l'urgence ?

JL : D'abord, il faut savoir qu'à l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, il existe déjà une culture bien ancrée d'offre de services et de soins adaptée aux besoins des personnes. Entre autres, la zoothérapie faisait déjà partie des pratiques. Ainsi, la technicienne en zoothérapie se rendait déjà dans les résidences pour personnes vivant avec des déficiences intellectuelles, ainsi que pour les personnes âgées, et elle intervenait aussi dans les unités de l'hôpital.

Concernant spécifiquement le département d'urgence, il est accrédité *Ami des aînés*, ce qui en fait la deuxième organisation au Canada à détenir cette accréditation. Décernée par l'*American College of Emergency Physicians*, cela témoigne de l'engagement de l'urgence à adopter des valeurs et une vision centrée sur les besoins des personnes âgées. Ceci est possible grâce à une formation offerte en ligne, s'adressant spécifiquement aux professionnels œuvrant à l'urgence. Concrètement, cela signifie que, dès le triage, des critères exclusifs à la gériatrie sont appliqués, réduisant ainsi les risques de déconditionnement. Lorsque c'est possible, nous évitons de maintenir ces personnes à jeun. La mobilité est encouragée et nous nous efforçons de maintenir leur autonomie ou, du moins, de leur donner la chance de récu-

pérer rapidement. Des canaux de communication efficaces ont été mis en place, avec des liens solides entre les intervenant.es (physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleur.euses sociaux, médecin urgentologue et autres), garantissant un déroulement fluide de l'épisode de soins.

Ce cadre est donc déjà favorable à l'adoption d'une approche centrée sur le bien-être de la personne soignée, ce qui a facilité l'intégration de nouvelles pratiques comme la zoothérapie. L'ouverture du milieu est un atout pour le succès de cette initiative.

Ma principale inspiration dans l'instigation de ce projet provient des personnes que nous soignons, qui ont des troubles neuro-cognitifs, dont le niveau de compréhension et d'adaptation est parfois limité. Ces personnes se retrouvent à l'urgence à cause de situations particulières et elles n'auraient pas toujours souhaité s'y retrouver. Elles sont particulièrement vulnérables à un environnement stressant, bruyant et saturé de stimuli lumineux, ce qui peut contribuer à déclencher de l'agitation. C'est pourquoi il devient crucial d'adopter des approches non-pharmacologiques, comme la zoothérapie, pour apporter un soulagement adapté.

En croisant la zoothérapeute dans l'hôpital, je pouvais observer l'impact immédiat de la présence des animaux. Leur effet sur les personnes est instantané et palpable. Les animaux créent une connexion émotionnelle, qui fait appel à la mémoire à long terme, celle qui est la plus persistante. J'ai trouvé cette réaction extrêmement positive et je me suis demandé pourquoi ne pas offrir ce moment de bonheur et de réconfort aux personnes que nous soignons. La zoothérapie représente une bouffée d'air frais : un moment de réconfort et de connexion émotionnelle, permettant de réduire le stress et d'améliorer globalement l'expérience au sein de l'urgence.

Conclusion

En instaurant la zoothérapie à l'urgence, l'objectif était simple : offrir un instant de répit et de réconfort aux personnes soignées. Cette approche novatrice montre que, même dans un contexte d'urgence, une approche centrée sur le bien-être des personnes soignées est possible. À travers cette initiative, l'urgence devient non seulement un lieu de soins, mais aussi un espace où l'humain reste au cœur des pratiques. Cette initiative rappelle que le soin ne se limite pas aux interventions médicales, mais est beaucoup plus large, englobant également l'expérience de la personne. 🐾

L'AUTEURE

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

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (avec mémoire), Département des sciences infirmières, Université du Québec à Rimouski

SOUTIEN FINANCIER

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

CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteur.e déclare ne posséder aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction ou la publication de cet article. Il est toutefois important de mentionner que l'auteur.e fait partie du comité éditorial de la revue *Soins d'urgence*, à titre d'éditrice associée.

CRÉDITS PHOTOS
Joanie Larouche



↑ Séance de zoothérapie à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins



L'AIIUQ fête ses 40 ans!

par le **Conseil d'administration de l'AIIUQ**

Cette année marque un jalon important pour l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), qui célèbre fièrement ses 40 ans d'existence. Depuis sa fondation en 1985, l'AIIUQ s'est affirmée comme un acteur clé dans le domaine des soins infirmiers d'urgence au Québec, contribuant à l'avancement de la pratique infirmière, à la reconnaissance de l'expertise en soins d'urgence et au développement continu des compétences du personnel infirmier d'urgence.

Une évolution marquante

Depuis sa création, l'AIIUQ a su s'adapter aux réalités changeantes et aux diverses transformations du milieu de la santé. L'Association a joué un rôle important dans le développement des compétences spécialisées en soins d'urgence, en proposant des formations de qualité et en mettant en place des initiatives visant à promouvoir l'excellence clinique.

Au fil des ans, l'AIIUQ a consolidé et élargi ses partenariats avec divers établissements de santé, organismes gouvernementaux et associations professionnelles. Ces collaborations ont contribué à renforcer la reconnaissance du rôle essentiel du personnel infirmier en milieu d'urgence.

40 ans de réalisations

Parmi les grandes réalisations de l'AIIUQ, on retrouve:

Le perfectionnement professionnel: l'AIIUQ a développé et mis en place des formations spécialisées permettant au personnel infirmier d'urgence d'acquérir des compétences avancées et de s'adapter aux réalités cliniques en constance évolution. Elle offre également des formations essentielles à la pratique infirmière d'urgence, telles que la certification à l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG), contribuant ainsi à l'harmonisation et à l'optimisation de la pratique infirmière d'urgence.

La reconnaissance de l'expertise infirmière: l'AIIUQ œuvre activement à la valorisation du rôle infirmier et de l'expertise infirmière d'urgence. Par ses actions, elle met en lumière l'expertise clinique et la contribution essentielle du personnel infirmier d'urgence, contribuant à promouvoir une meilleure compréhension du rôle auprès des instances décisionnelles et du grand public.

L'organisation de congrès et de symposiums: chaque année, l'AIIUQ organise des événements tels que des congrès et symposiums réunissant personnel infirmier, des experts en soins d'urgence et décideurs. Ces rencontres favorisent le partage des connaissances, l'échange des meilleures pratiques et la mise en réseau de professionnels engagés dans l'amélioration continue des soins d'urgence.

Une influence grandissante sur les politiques en santé: reconnue pour son expertise, l'AIIUQ est de plus en plus sollicitée pour jouer un rôle actif dans l'élaboration et l'amélioration des pratiques cliniques en milieu d'urgence. Elle participe aux discussions stratégiques et contribue à l'évolution des politiques de santé afin d'assurer des soins toujours plus accessibles et adaptés aux besoins des personnes soignées et des professionnels en soins.

Un avenir prometteur

Alors que l'AIIUQ souffle ses 40 bougies, elle se tourne résolument vers l'avenir avec détermination. Consciente des défis grandissants qui pèsent sur le système de santé, notamment la pression accrue sur les services d'urgence, l'AIIUQ entend continuer à jouer un rôle déterminant.

Dans cette perspective, l'AIIUQ mettra un accent particulier sur l'innovation en formation, l'intégration de pratiques fondées sur les données probantes et le renforcement de la reconnaissance professionnelle du personnel infirmier d'urgence.

En s'appuyant sur ses 40 ans d'expérience et sur une communauté de professionnels engagés, l'Association demeure plus que jamais un pilier incontournable du domaine des soins d'urgence au Québec.

Remerciements

L'AIIUQ tient à exprimer sa profonde gratitude envers ses membres fondateurs, dont la vision et l'engagement ont permis la création et l'évolution de l'Association. Grâce à leur détermination, l'AIIUQ est devenue une référence dans le domaine des soins infirmiers d'urgence au Québec.

L'AIIUQ tient également à remercier chaleureusement toutes celles et ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à son évolution. Grâce au dévouement, à la passion et à l'engagement bénévole de nombreuses personnes, l'Association a pu faire progresser les soins infirmiers d'urgence et soutenir la profession infirmière. Nous leur rendons hommage et leur adressons un immense merci pour leur contribution inestimable.

Cet anniversaire est aussi une occasion de reconnaître le travail exceptionnel de toutes celles et ceux qui, jour après jour, offrent des soins d'urgence de qualité et font progresser la profession. À vous, membres de l'AIIUQ, qui répondez présent année après année, nous adressons un immense merci pour votre engagement et votre confiance.

Célébrons ensemble notre expertise et poursuivons, avec la même passion, notre mission pour les 40 années à venir!

Le conseil d'administration de l'AIIUQ 





Repérage des pensées suicidaires à l'urgence: le jugement clinique infirmier au cœur de la démarche

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

Cet article aborde le repérage des personnes ayant des pensées suicidaires à l'urgence, en mettant spécifiquement l'accent sur la clientèle devant faire l'objet d'un repérage, ainsi que sur l'importance du jugement clinique et de la formation basée sur les connaissances dans ce processus. Nous sommes conscients qu'il n'est pas toujours facile d'aborder ce sujet avec autrui. Le sujet du suicide peut s'avérer délicat, rendant essentielle une maîtrise des connaissances requises afin d'instaurer un dialogue et de favoriser une relation de confiance avec la personne. Une préparation adéquate est alors un élément clé pour intervenir efficacement.

Une visite dans un service d'urgence constitue une opportunité de procéder, lorsque nécessaire, au repérage des personnes ayant des pensées suicidaires et d'entreprendre une réponse adaptée à leurs besoins. Grâce à leurs connaissances, leurs compétences relationnelles et leur expertise clinique, le personnel infirmier est en mesure d'évaluer la personne à tout moment de son parcours de soins, qu'elle exprime sa détresse de manière explicite, ou de façon plus implicite, parfois dissimulée derrière le motif initial de consultation. Ce repérage doit se faire par du personnel infirmier adéquatement formé, au moment opportun et dans des conditions favorisant une intervention appropriée.

L'identification des personnes nécessitant un repérage du risque suicidaire repose sur le jugement clinique du personnel infirmier, qui s'appuie sur leurs observations et leurs interactions avec la personne concernée et ses accompagnants. Leurs connaissances et compétences les guident dans leur prise de décision, leur permettant d'évaluer, le cas échéant, la nécessité d'aborder directement la question d'éventuelles intentions suicidaires.

La reconnaissance des signes de détresse évidents et des situations difficiles vécues par une personne favorise l'identification des individus plus vulnérables au suicide. Cependant, l'absence d'indices apparents ne signifie pas qu'il n'y a pas de risque. Il est donc essentiel que le personnel infirmier demeure attentif aux manifestations pouvant révéler des intentions suicidaires. Pour ce faire, ils doivent instaurer un climat de confiance, s'intéresser au vécu et à la situation actuelle de la personne, et prêter une attention particulière à son discours, à l'expression de sa détresse, à ses difficultés, à son épuisement ainsi qu'au soutien disponible dans son entourage.

Il est important de noter que la personne présentant un discours ou un comportement inquiétant, ayant un diagnostic de santé mentale connu, des antécédents de tentative de suicide ou une détresse profonde devrait faire l'objet d'un repérage. De plus, le personnel infirmier doit faire preuve de vigilance face aux situations difficiles rencontrées par la personne soignée, particulièrement lors de moments critiques susceptibles de favoriser l'émergence d'idées suicidaires, comme illustrés dans les exemples suivants (voir Figure 1).

Figure 1. Exemples de situations pour lesquelles un repérage sur les intentions suicidaires est requis

Évènements anxiogènes	Situations traumatiques	Pertes significatives	Changements dans le rôle social
Problèmes de discipline ou judiciaire	Enjeux de santé mentale ou physique	Échecs	Violence

Lorsqu'un repérage est requis, le questionnement doit se faire de manière concise et directe. Ainsi, l'utilisation de termes explicites tels que *suicide*, *idées suicidaires* ou *tentative de suicide* sont les formulations à privilégier. En ce sens, il faut éviter d'exprimer une perception ou un jugement en parlant d'un *suicide manqué* ou d'une *tentative manquée*. Pour soutenir le processus de repérage et aider la prise de décision, un outil validé peut être utilisé. Bien que ce dernier soit intéressant, il ne doit jamais se substituer au jugement clinique, qui demeure essentiel pour déterminer la conduite à tenir.

Un repérage est considéré comme positif si la personne pense actuellement au suicide, qu'elle a pensé au suicide au cours des derniers mois ou qu'elle a fait une tentative de suicide dans la dernière année (voir Figure 2). À partir de ce moment, il est essentiel d'assurer la sécurité de la personne et de poursuivre les interventions avec les professionnel.les qui auront été identifié.es dans la trajectoire de soins au sein de l'établissement.

La documentation au dossier doit être détaillée afin de faciliter la suite des interventions nécessaires, notamment l'évaluation de la dangerosité et la mise en place de mesures de protection appropriées, si nécessaire.

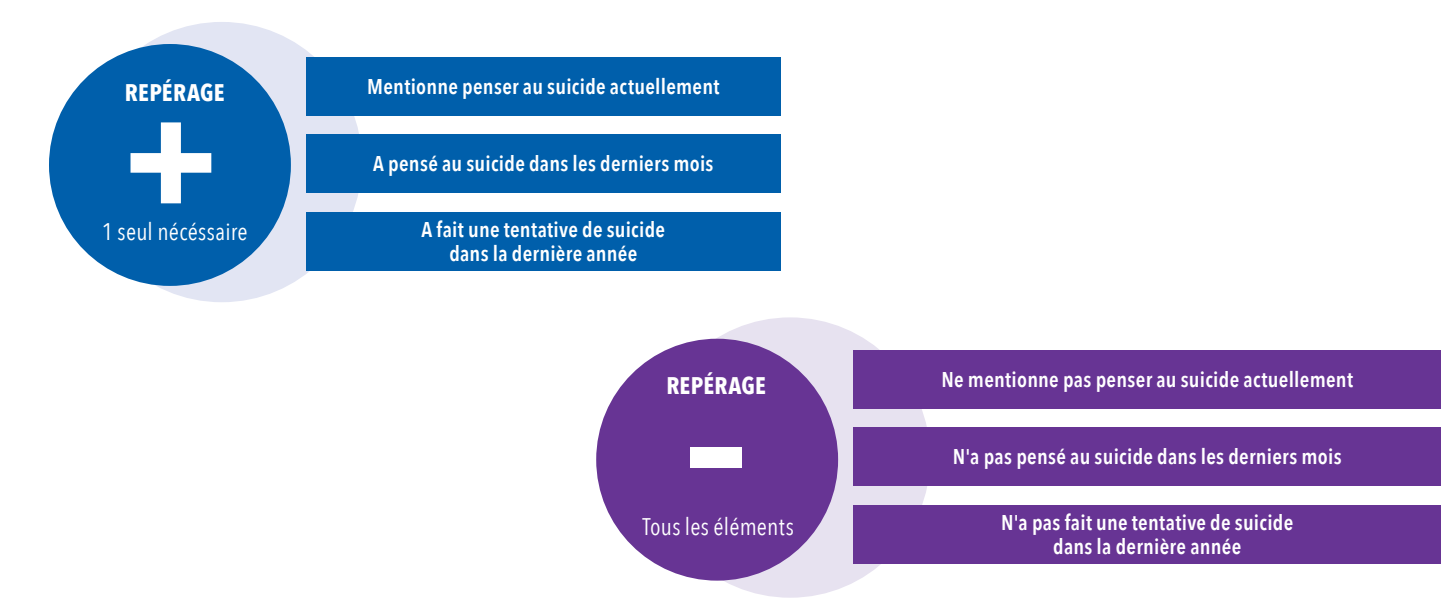
L'implication de la personne soignée dans ce processus est primordiale afin de favoriser son adhésion au plan d'action. De plus, les proches peuvent jouer un rôle clé dans la prévention du suicide et devraient être considérés dans l'approche d'intervention. Il est également important de ne pas négliger le motif initial de consultation dans la prise en charge.

Le repérage de la personne ayant des idées suicidaires peut être effectué à tout moment de son parcours, débutant dès son arrivée à l'urgence, et ce, jusqu'à son départ. Il devrait d'ailleurs être effectué dès l'apparition d'un signe de détresse ou la reconnaissance d'un moment critique vécu par la personne.

La formation constitue un levier majeur dans la préparation et le développement des connaissances du personnel infirmier. Elle permet de cibler et de reconnaître les personnes à risque, assurant ainsi une prise en charge sécuritaire. De plus, la formation favorise une prise de conscience de ses valeurs et croyances personnelles sur le sujet, éléments clés pour mieux se préparer à une intervention, d'autant plus que l'accompagnement de personnes en détresse peut confronter les professionnel.les de la santé à leurs propres émotions, valeurs et croyances.

L'acquisition de connaissances et le développement du jugement clinique sont fondamentaux pour aborder un sujet aussi sensible. Au-delà des aspects théoriques, il est important de connaître les outils disponibles et de développer les habiletés relationnelles nécessaires à une intervention efficace. Des formations complètes sur le sujet sont disponibles sur l'Environnement numérique d'apprentissage (ENA provincial). Plusieurs organismes et milieux de travail offrent aussi des formations. Enfin, pour orienter adéquatement les personnes, les professionnel.les de la santé doivent être bien informé.es des ressources d'aide disponibles,

Figure 2. Repérage du risque suicidaire



qu'elles soient publiques ou communautaires, puisqu'elles diffèrent d'une région à l'autre. Une connaissance approfondie de ces ressources permettra au personnel infirmier de référer la personne soignée vers un soutien adapté à ses besoins.

Le repérage est une première étape qui, lorsqu'elle s'avère positive, marque le point de départ pour la mise en place d'interventions ciblées visant à offrir les soins requis par la condition de la personne soignée. Par leur écoute attentive, leurs observations, leur évaluation clinique ainsi que leur capacité à établir une relation de confiance avec la personne soignée, le personnel infirmier joue un rôle central dans la prévention du suicide. 🌱

Formations suggérées sur l'ENA provincial

1. Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – repérer et appliquer les mesures de protection requises, ministère de la Santé et des Services sociaux (durée : 3 h 30).
2. Prévenir le suicide chez les personnes de 14 ans et plus – susciter l'espoir et estimer le danger, ministère de la Santé et des Services sociaux (durée : 20 h 30)
3. Prévenir le suicide chez les résidents aînés – repérer et agir, ministère de la Santé et des Services sociaux (durée : 1 h 45)

L'AUTEURE

Marie-Claude Levesque

inf., B. Ed.

Conseillère clinique, Direction des services d'urgence, Santé Québec

marie-claude.levesque@sante.quebec

SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun financement pour la rédaction de cet article.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

L'auteure est conseillère clinique à la Direction des services d'urgence.



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

PERSONNEL INFIRMIER RECHERCHÉ

- Prime de vie chère, d'éloignement et de rétention jusqu'à 49 925 \$ / année
- Prime de rôle élargi jusqu'à 11 270 \$ / année
- Transport et logement meublé fournis
- Jusqu'à 16 semaines de sorties annuelles
- 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

**ENEZ VIRE UNE ÉPÉRIENCE CULTURELLE
UNIQUE ET ENRICHISSANTE AU SEIN DE LA
COMMUNAUTÉ INUITE DE LA BAIE D'UNGAVA.**



tulattavik.com



Formations à venir avec COM-BOS!

Restez à jour dans vos connaissances en soins d'urgence grâce aux formations de l'AIIUQ: triage, pédiatrie, maltraitance, cardiologie, toxicologie et plusieurs autres sujets à découvrir en présentiel ou en virtuel.

Des webinaires gratuits pour les membres de l'AIIUQ sur divers sujets cliniques sont également disponibles.

SARC

Gatineau: 9 juin et 24 novembre 2025
Montréal: 11 décembre 2025

SARC (renouvellement)

Gatineau: 26 juin et 5 novembre 2025
Montréal: 29 mai et 3 décembre 2025

SARP

Gatineau: 18 septembre 2025
Montréal: 7 octobre 2025

SARP (renouvellement)

Gatineau: 2 septembre 2025
Montréal: 16 octobre 2025

Pour vous inscrire rendez-vous ici:
aiiuq.qc.ca/formations



Vous souhaitez organiser une formation au sein de votre établissement?

Écrivez-nous à info@aiiuq.qc.ca



SOINS D'URGENCE

Aimez et suivez la page Facebook
dédiée à notre revue



SCANNEZ POUR VOUS ABONNER !

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;
- Des rabais avantageux dans les Strøm spa nordique;
- 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