

Recommandations canadiennes en hypertension artérielle : Deux changements importants pour les infirmières

Par Lyne Cloutier, inf., Ph.D.

Les membres du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) se réunissent annuellement afin d'assurer l'intégration des résultats probants publiés durant l'année. Le plus souvent, une ou deux recommandations sur la centaine que contient le PECH sont modifiées à la suite de cette rencontre. Cette année se distinguait par la présentation d'un nouvel algorithme diagnostique de l'hypertension artérielle (HTA) (Cloutier et al., 2015), fruit d'une longue réflexion par un groupe d'experts.

Pratique infirmière

Deux changements importants modifient la pratique des infirmières auprès des personnes atteintes d'HTA. Le premier concerne les appareils utilisés. Ainsi, le comité d'experts considère qu'il n'est

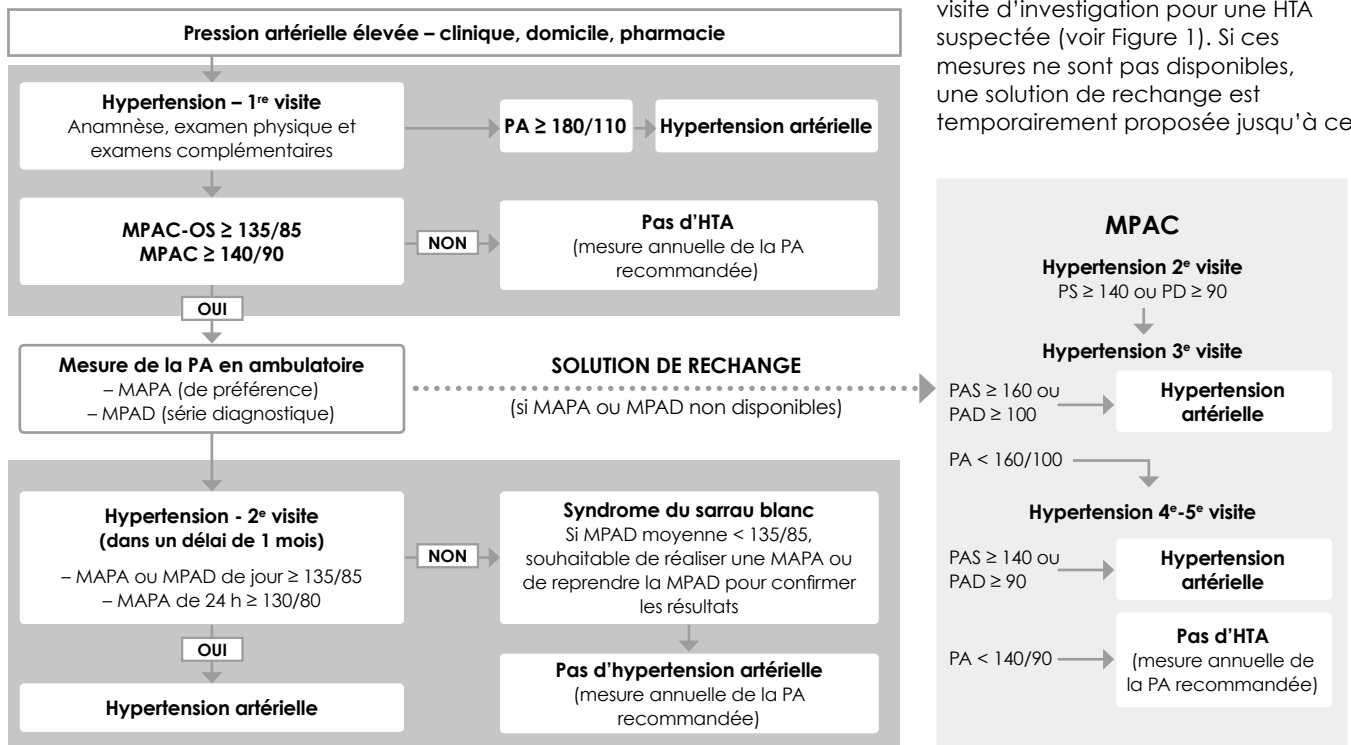
plus souhaitable que la pression artérielle (PA) soit mesurée à l'aide d'appareils auscultatoires qu'ils soient anéroïdes ou à mercure. Cette recommandation fait suite aux nombreux constats d'appareils dont les pièces sont défectueuses, ou qui ne sont pas calibrés régulièrement, ou encore qui sont mal utilisés, par exemple un dégonflage trop rapide ou l'arrondissement des chiffres terminaux. Malgré les efforts consacrés à l'éducation des professionnels de la santé, force est de constater que ces moyens de mesurer la pression artérielle doivent être abandonnés. Ce sont donc les appareils oscillométriques, appelés également digitaux ou électroniques, qui deviennent la norme pour l'évaluation clinique et la prise en charge de l'HTA. Quant à l'argument

rappelant le manque de fiabilité des appareils oscillométriques en présence d'arythmie, la recherche a démontré que les appareils auscultatoires obtenaient des écarts aussi comparables.

Le deuxième changement concerne la place des mesures ambulatrices dans le diagnostic de l'HTA. Considérées auparavant comme des alternatives à la mesure en clinique, les mesures ambulatrices – monitoring ambulateur de la pression artérielle (MAPA) et mesure de la pression artérielle à domicile (MPAD) – sont maintenant fortement recommandées dès la première visite d'investigation pour une HTA suspectée (voir Figure 1). Si ces mesures ne sont pas disponibles, une solution de rechange est temporairement proposée jusqu'à ce



Figure 1 Diagnostic d'hypertension artérielle



Mesure de la PA : sphygmomanomètre électronique (oscillométrique) de bras préférable à l'auscultation MPAD : mesure de la pression artérielle à domicile HTA : hypertension artérielle MAPA : monitoring ambulateur de la pression artérielle MPAC-OS : mesure de la pression artérielle en clinique – oscillométrique en série MPAC : mesure de la pression artérielle en clinique PA : pression artérielle

que tous les milieux aient pu actualiser leur façon de mesurer la PA.

MAPA

Le comité a jugé nécessaire de formuler des recommandations sur la façon de réaliser le MAPA et d'en interpréter les résultats. Afin de faciliter l'intégration de ce nouveau protocole de MAPA, la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) a élaboré des outils destinés aux patients et aux professionnels de la santé.

L'ajout des mesures ambulatoires, préférablement le MAPA, s'explique en partie par le besoin d'identifier plus rapidement les personnes atteintes d'hypertension de sarrau blanc et d'éviter ainsi des traitements inutiles. De plus, les mesures ambulatoires permettront d'identifier l'HTA dès la deuxième visite alors qu'avant, il en fallait cinq échelonnées sur six mois pour établir le diagnostic. Ce nouvel algorithme permettra de pallier les erreurs de mesures et de reconnaître l'hypertension de sarrau blanc.

Ces changements offrent une occasion de plus aux infirmières d'améliorer concrètement la prévention et le contrôle des maladies chroniques. ■

Pour en savoir plus :

Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) :
www.hypertension.ca/fr/chep

Société québécoise d'hypertension artérielle. Hypertension. Guide thérapeutique (4^e éd.)
[En ligne : <http://sqha.hypertension.qc.ca/publications>]

L'auteure



Lyne Cloutier est professeure titulaire au Département des sciences infirmières de l'UQTR et directrice du Groupe interdisciplinaire de recherche appliquée en santé (GIRAS).

Source

Cloutier, L., S.S. Daskalopoulou, R.S. Padwal, M. Lamarre-Cliche, P. Bolli, D. McLean *et al.* « A new algorithm for the diagnosis of hypertension in Canada », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 31, n° 5, mai 2015, p. 620-630.

Cigarettes au menthol



COALITION QUÉBÉCOISE
POUR LE CONTRÔLE DU TABAC

Par **Denyse Perreault**

Au Québec, les cigarettes mentholées représentent 3,3 % du marché du tabac. La Coalition québécoise pour le contrôle du tabac prévient toutefois que « ce pourcentage englobe l'ensemble de la population et l'usage par les jeunes n'est pas évident si l'on se fie uniquement à ces données diluées, pour le moins troublantes ».

Un fumeur adulte sur vingt consomme des produits mentholés. La proportion passe à un sur trois chez les élèves de secondaire, à raison de trois à cinq cigarettes par jour. La D^{re} Geneviève Bois, porte-parole de la Coalition, a récemment rappelé que ces cigarettes « constituent un des plus importants produits d'initiation au tabagisme chez les jeunes ».

Elle a déploré, par voie de communiqué, que les opposants au projet de loi 44 visant à interdire les saveurs, dont le menthol, dans les produits du tabac, continuent de prétendre « qu'aucune preuve factuelle ne démontre qu'il faille les interdire ». Des auditions publiques sur le *Projet de loi n°44 : Loi visant à renforcer la lutte contre le tabagisme* ont été menées en août et au début de septembre au Québec. La Nouvelle-Écosse et l'Ontario ont déjà interdit l'aromatisation des produits du tabac, notamment avec le menthol.

L'information commentée par la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac a été divulguée au printemps 2015 par le Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel de l'Université de Waterloo, à partir des données de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2012-2013, menée par Santé Canada. ■

Source

Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. « Problème du menthol pire qu'envisagé : 1 fumeur régulier sur 2 au secondaire consomme des cigarettes mentholées » (communiqué), 7 mai 2015. [En ligne : www.cqct.qc.ca/Communiqués_docs/2015/PRSS_15_05_07_Nouvelles_Donnees_Menthol.pdf]

MYTHES ET RÉALITÉS

Sur les notes aux dossiers des étudiantes stagiaires en soins infirmiers

Par **Joël Brodeur**, inf., M.Sc.

Les notes consignées par les stagiaires en soins infirmiers font partie des sujets qui, chaque année, suscitent des questions auxquelles répond le service de consultation professionnelle de l'OIIQ. Ces nombreuses questions s'expliquent notamment par l'arrivée de nouveaux enseignants et de plus de 5 250 nouveaux stagiaires par année (d'après la moyenne des admissions de 2010 à 2015). Voyons si vous saurez différencier le vrai du faux dans les cinq affirmations suivantes.

Réponses en page 62

vrai ou faux

1. Les notes inscrites par une étudiante en formation initiale qui fait un stage doivent être paraphées par l'infirmière enseignante responsable du stage. vrai faux
2. La signature d'une étudiante en stage doit être lisible. vrai faux
3. Il n'existe pas de règles pour la signature d'une infirmière qui effectue un stage dans le cadre d'un baccalauréat complémentaire ou d'une maîtrise. vrai faux
4. Que le stage soit fait dans le cadre d'un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers ou d'un baccalauréat initial en sciences infirmières, l'étudiante en stage doit apposer sa signature suivie de la mention « étudiante inf. » vrai faux
5. Dans le contexte où le dossier de l'utilisateur est informatisé, l'étudiante en stage peut utiliser l'identifiant, par exemple le mot de passe ou la carte magnétique de l'infirmière responsable du patient, pour rédiger ses notes. vrai faux

Mira et l'autisme

À 9 ½ ans, Lou parle de suicide. Aux moqueries systématiques subies à l'école, à la douleur anormalement envahissante provoquée par le moindre bobo, aux épisodes de repliement sur lui-même qui suscitent méfiance et rejet, se greffent quotidiennement trois heures d'anxiété avant qu'il trouve le sommeil, suivies de six à huit périodes de réveil nocturne. Lou vit dans l'enfer de l'autisme.

Tout commence à changer le 22 mars 2015 grâce à Luffa 13. Marie-Josée Tremblay, la mère de Lou, qualifie de grenailles les services offerts, rarement suffisants, accessibles après une trop longue attente. En désespoir de cause, la famille se tourne vers MIRA, organisme à but non lucratif qui, depuis 1981, fournit gratuitement des services aux personnes atteintes de déficiences visuelles ou motrices



Lou et Luffa

Réduire le stress



Noël Champagne,
psychologue,
Fondation
MIRA

Psychologue et directeur recherche et développement du programme Schola Mira de la Fondation MIRA, Noël Champagne a amorcé ses recherches sur l'utilisation de chiens pour réduire l'anxiété il y a une douzaine d'années. Il l'a publié en collaboration avec Sonia Lupien, spécialiste du stress. Le tandem a mesuré le taux de cortisol, l'hormone du stress, dans la salive de 54 familles, mères et enfants atteints de TED.

« Une seconde étude d'une durée de 4 ans a porté sur 120 familles, dont 60 avec un chien (soumis pour publication à *Biological Psychology*). Elle a permis de dégager de nouveau des résultats significatifs, résume M. Champagne. La présence d'un chien contribue à réduire le stress physiologique. »

En 2010, MIRA commence à attribuer des chiens aux enfants de 5 à 10 ans, puis aux 25 ans et moins. « La prévalence de l'autisme est devenue épidémique, poursuit Noël Champagne. Au début, nous attribuions 50 chiens par année. Depuis 2013, on en attribue de 100 à 125. En septembre 2015, nous en avions 381 en service sur un cheptel d'environ 1 000. » Il faut de trois à quatre mois pour dresser un chien destiné à une personne autiste, cinq mois pour une personne à mobilité réduite et six mois pour former un chien-guide.

Amorcée en septembre 2014, la campagne « Unis pour déjouer l'autisme » de la Fondation MIRA et de Publicis Montréal culminera le 9 novembre prochain à l'occasion d'un téléthon au profit de la Fondation.



et, plus récemment, à celles aux prises avec des troubles envahissants du développement (TED), dont l'autisme.

M^{me} Tremblay a beaucoup lu sur le sujet et sait que la venue d'un chien sera bénéfique. « Mais à ce point ? J'étais à cent lieues de penser à ce que ça pouvait apporter à toute la famille. C'est inimaginable ! Ce thérapeute est disponible 24 heures sur 24. Aucun spécialiste ne peut donner ça ! Lorsque je vais chercher mon fils à l'école avec Luffa, les enfants l'entourent dans le corridor et se montrent gentils. Dans la rue, les gens disent "Regarde le beau petit garçon avec son chien !" . Ils posent des questions et sympathisent. »

« Même si Lou n'est pas encore en mesure de bien maîtriser son état, il a appris les commandes de base du chien, ce qui augmente son sens des responsabilités et son autonomie, explique sa mère. Lou se sent important, écouté. Le chien est plus qu'un ami, plus qu'un thérapeute, c'est l'amour inconditionnel. Dans le mot miracle, il y a les lettres MIRA ! »

Lou est fier de Luffa qui joue les nounous au retour de l'école, le fait rire et l'aide à émerger de son monde de souffrance. Difficile d'avoir des amis quand on se replie sur soi-même. Compagnon parfait, Luffa ne juge pas Lou, ne lui fait pas de reproches, ne le trouve pas bizarre, ne se vexe pas et joue volontiers aussi longtemps qu'il faut.

Source de cette « MIRAmorphose », Luffa 13 est un chien de race Saint-Pierre, créée par MIRA et nommée en l'honneur du fondateur Éric Saint-Pierre. En juin dernier, la page Facebook de MIRA regorgeait de commentaires sur l'histoire de Lou et Luffa, dont celui-ci : « Les anges existent, ils n'ont pas d'ailes mais quatre pattes ». ■ D.P.

Source

Viau, R., G. Arsenault-Lapierre, S. Fecteau, N. Champagne, C.-D. Walker et S. Lupien. « Effect of service dogs on salivary cortisol secretion in autistic children », *Psychoneuroendocrinology*, vol. 35, n° 8, sept. 2010, p. 1187-1193.

Cancers en 2030 : des chiffres

D'ici 2030, le nombre d'habitants au Québec passera à 9,2 millions et la population canadienne augmentera de dix millions. Dans la province, conséquence du baby-boom, la cohorte des 65 ans et plus doublera, passant de 1,2 million à plus de 2,3 millions et faisant du Québec l'une des populations les plus vieillissantes du monde. Au Canada, on estime que le nombre de nouveaux cas de cancer bondira de 40 % dans les quinze prochaines années en raison surtout de la hausse des cancers colorectal et de la prostate. En chiffres absolus, le nombre de cas augmentera, mais le taux d'incidence ne se modifiera pas de manière significative : il devrait continuer à diminuer chez les hommes et à augmenter légèrement chez les femmes.

Ces données dévoilées en mai 2015 dans le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2015* ont été publiées par la Société canadienne du cancer (SCC), en collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada. Au Québec, en 2015, on prévoyait 50 100 nouveaux diagnostics et près de 21 000 décès.



Suzanne Dubois
Directrice générale de la Société canadienne du cancer, Division du Québec

« Pourrions-nous offrir l'accès aux meilleurs traitements et médicaments à tous les Québécois ? L'accès, en ce moment, n'est pas optimal. Il faut agir maintenant. »

Au Canada, ces chiffres grimpaient à 200 000 cas et à 78 000 décès. La projection de 2030 fait respectivement état de 67 000 nouveaux cas au Québec et de 277 000 dans l'ensemble du pays, en majorité des cancers du poumon, du sein, colorectal et de la prostate. Cette hausse aura des répercussions majeures sur notre système de soins de santé.

Gains et interrogations

En 1988, au Canada, le taux de mortalité dû au cancer avait atteint un sommet. Depuis, les avancées obtenues sur le plan du dépistage, des traitements et de la prévention – diminution du

tabagisme, de l'exposition aux UV – ont permis d'éviter 143 000 décès. Suzanne Dubois, directrice générale de la Société canadienne du cancer (SCC), Division du Québec, s'en réjouit. Autrement, le total des cas prévu pour 2030 aurait été plus important encore. « La SCC vise à faire grimper le taux de survie global de 63 % à 80 % dans quinze ans. Pourrions-nous offrir l'accès aux meilleurs traitements et médicaments à tous les Québécois, y compris les innovations et les thérapies ciblées, comme la médecine personnalisée ? demande-t-elle. L'accès, en ce moment, n'est pas optimal. Il faut agir maintenant. En 2030, par exemple, le cancer colorectal sera le plus fréquent au Québec après celui de la prostate. Il sera possible d'éviter 900 cas et de sauver plus de 1 000 vies par année si le groupe des 50-74 ans passe un test de dépistage bisannuel. D'où la nécessité d'instaurer ce programme dès maintenant. » — D.P.

Pour en savoir plus : Société canadienne du cancer. *Statistiques canadiennes sur le cancer*. [En ligne : www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-101/canadian-cancer-statistics-publication/?region=qc]

La polygamie met le cœur à l'épreuve !

La polygamie multiplie par quatre le risque pour le mari de souffrir d'une maladie cardiaque. Plus nombreuses sont ses épouses, moins son cœur est en forme et plus sa maladie est grave !

Les observations du Dr Amin Daoulah, cardiologue au King Faisal Specialist Hospital and Research Center à Jeddah, en Arabie Saoudite, ont été rendues publiques à l'occasion du 20^e Congrès de la Société de cardiologie Asie-Pacifique, tenu à Abu Dhabi, aux Émirats arabes unis, au printemps dernier.

La vie maritale favoriserait la santé et la longévité, a rappelé le conférencier, sauf pour les polygames. Ainsi, 687 hommes mariés d'Arabie saoudite et des Émirats arabes unis ayant une moyenne d'âge de 59 ans ont fait l'objet d'une recherche. Près de la moitié d'entre eux souffraient de diabète, d'hypertension artérielle et de maladie coronarienne. Quelque 68 % avaient une épouse, 19 % en avaient deux, 10 %, trois et 3 %, quatre.

Les hommes ayant plus d'une épouse étaient généralement plus vieux et plus riches, avaient déjà subi un pontage coronarien et vivaient en région rurale où se marier jeune et avoir plusieurs femmes demeure culturellement acceptable.

Pression

Après avoir ajusté les variables, les chercheurs ont découvert que les maris ayant plus d'une femme multipliaient par 4,6 leur risque de coronopathie ou maladie coronarienne. Le risque de rétrécissement de l'artère coronaire gauche principale, défini comme bloqué à plus de 50 %, était aussi multiplié par 3,5.

Les maris ayant plus d'une femme multiplient par 4,6 leur risque de coronopathie.

Le Dr Daoulah pense que les pressions financière et émotionnelle qu'exerce la polygamie pourraient expliquer la détérioration de la santé cardiaque des maris. Car fournir le même niveau de vie à plusieurs maisonnées, à plusieurs épouses et à plusieurs enfants augmente considérablement le stress.

Un cardiologue présent a suggéré qu'on mesure aussi l'effet de la polygamie sur la santé cardiaque des femmes puisqu'on sait maintenant qu'un stress familial prolongé nuit à celle des hommes.

Par ailleurs, un autre cardiologue a souligné la nécessité de poursuivre les recherches puisque l'état de santé cardiaque des maris et le nombre de leurs épouses ne constituent pour le moment qu'une association et non pas forcément une cause puisque ni les habitudes alimentaires, ni l'activité physique, ni la génétique ni d'autres variables importantes pour le cœur des polygames n'ont été évalués.

— D.P.

Des stratégies pour comprendre

Par **Michèle Veilleux**, audiologiste, M.P.A.

Les personnes malentendantes et leur entourage sont régulièrement confrontés à des bris de communication. Les appareils auditifs aident à mieux entendre et comprendre, mais ne sont pas toujours suffisants. Des stratégies peuvent aider à améliorer la communication. En voici quelques-unes :

- Signifiez à votre interlocuteur que vous avez un problème d'audition. Demandez-lui d'attirer votre attention lorsqu'il veut vous parler. Vous serez ainsi mieux disposé à écouter. Rapprochez-vous à une distance de un à deux mètres, car plus le son est éloigné plus il perd de son intensité.
- Parlez face à face ce qui vous permettra de percevoir les indices donnés par le visage, principalement dans le but de lire sur les lèvres. Pour l'interlocuteur, il est important de bien articuler, mais sans exagérer, et de parler lentement.
- Le bruit ambiant est sans contredit l'ennemi juré de la communication. Dans la mesure du possible, il ne devrait pas y avoir de bruits environnants qui pourraient nuire à la compréhension, par exemple un robinet qui coule, un lave-vaisselle qui marche ou le volume de la télévision.

Choisissez l'emplacement. Privilégiez un endroit tranquille, ce qui peut également favoriser l'écoute.

Utiliser des gestes peut aussi aider.

Sachez que crier n'est pas du tout aidant. Il suffit parfois de simplement élever un peu la voix.

En dernier recours, demandez de répéter le message.

Ces stratégies sauront certainement améliorer votre compréhension. Elles requièrent un effort autant de votre part que de celle de votre entourage, mais elles demeurent indispensables.

N'hésitez pas à consulter un audiologiste pour obtenir plus d'information.

Faciliter la communication

Conseils à l'entourage

- Je reste dans la même pièce que la personne ayant un problème auditif quand je lui parle.
- J'attire son attention avant de commencer à lui parler, par exemple je dis son nom, je la touche, je lui fais signe, etc.
- Je me rapproche et je me place face à elle pour faciliter la lecture labiale.
- Je parle clairement et lentement, mais sans exagérer.
- Je ne crie pas.
- Je reprends autrement les mots non compris.
- Je coupe le son de la télévision ou de la radio.
- Je fais des gestes naturels et j'évite de cacher mes lèvres avec mes doigts, un crayon, etc.
- Je lui dis de quel sujet j'aimerais parler et lui signale les changements de sujets.
- Je lui pose des questions.



Michèle Veilleux
M.P.A., audiologiste
exerçant dans les
cliniques Lobe de la
région de Québec

« Demandez à votre interlocuteur s'il a un problème d'audition et invitez-le à attirer votre attention lorsqu'il veut vous parler. Vous serez mieux disposé à écouter. »

Conseils aux malentendants

- Je porte mes appareils auditifs.
- Je fais savoir à mon interlocuteur que j'ai de la difficulté à comprendre.
- Je me place face à la personne qui me parle et je regarde ses lèvres. Je l'observe.
- Je coupe le son de la télévision ou de la radio.
- Je m'assure que le visage de la personne à qui je parle est bien éclairé.
- Je m'informe du sujet dont on parle.
- Dans une réunion, je demande aux personnes de parler une à la fois.
- Je demande qu'on parle lentement.
- Je pose des questions.
- Je parle dans la même pièce que mon interlocuteur. ■■

Ndlr : Reproduction autorisée par Les Publications Lobe.

Source

Veilleux, M. « Des stratégies pour mieux comprendre », *Lobe magazine*, vol. 7, n° 4, 2012, p. 8. [En ligne : www.lobe.ca]

CONTRACEPTIF VERSION 3.0



Le point sur votre *Fondation*



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Par **Denise Brosseau**, notaire, M.B.A., Adm.A., ASC

Au cœur même des priorités de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, il y a la santé des Québécois et la mise en valeur du champ des compétences infirmières. En finançant chaque année un projet qui redéfinit le rôle de la profession dans les soins de santé, la Fondation veut se positionner en tant que leader pour l'avancement de la pratique infirmière. Convaincue que l'infirmière doit être au centre de l'amélioration des soins quant à l'accès et la prise en charge, la Fondation donne les moyens aux infirmières de faire avancer la profession en proposant de nouveaux modèles de soins. Aux yeux de nos donateurs, c'est un investissement à long terme qui est incontournable pour la santé des Québécois.

Soutenir la recherche en sciences infirmières

La Fondation de l'OIIQ a été fondée en 1987. Depuis, elle a fait don de près de 5 millions de dollars. En 2013, le nom et la mission de la Fondation ont changé et depuis, elle accorde annuellement une bourse de 250 000 \$ à un projet en sciences infirmières. La Fondation souhaite que les changements se fassent sentir sur le terrain. C'est pourquoi, parmi les



Un des objectifs : intégrer des infirmières dans les Centres de pédiatrie sociale.

critères d'admissibilité, il est demandé que le projet soit associé à un CISSS ou un CIUSSS, à un établissement non fusionné ou à l'un des cinq établissements non visés par la Loi¹. Pour bien en mesurer les retombées, une équipe de recherche doit

accompagner l'équipe gagnante. En 2014-2015, c'est le CISSS du Nord de Lanaudière, épaulé par une équipe de chercheurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, qui a reçu la subvention afin d'accompagner des patients aux prises avec des maladies chroniques.

Encadré 1 Pour mieux soigner 2015-2016 : Vos dons font la différence

Les projets *Pour mieux soigner, 2015-2016* sont en cours d'évaluation par le comité d'experts en vue de choisir celui qui recevra la subvention. Bien que la Fondation de l'OIIQ soit jeune, six dossiers ont été soumis, et tous ont pour objectif de façonner des soins d'avenir prometteurs. Strictement financé par les dons, aucun projet ne pourrait être soutenu sans votre engagement.

Les principaux contributeurs de la Fondation sont les infirmières et infirmiers. Nancy Hammond, vice-présidente régionale, Banque Nationale du Canada, et présidente de la Fondation, ainsi que les membres du Conseil d'administration, travaillent fort pour tisser des liens avec le grand public et la communauté des affaires afin de sensibiliser un maximum de personnes pour atteindre les objectifs fixés. « Nous avons tous besoin, un jour ou l'autre, de soins de santé, soit pour nous ou pour nos proches. Nous avons la capacité de contribuer directement à améliorer les soins offerts », rappelle M^{me} Hammond. « On voit que les infirmières et infirmiers adhèrent à la mission de soutenir la recherche dans leur domaine. C'est près de 40 % des membres de l'OIIQ qui, grâce à leurs dons, font la différence dans leur quotidien, mais surtout pour leurs clients. On a besoin de la participation de tous les Québécois pour soutenir des projets d'envergure en soins infirmiers, je ne peux que rappeler l'importance de donner », conclut Nancy Hammond.

Devenez membre de la communauté qui soutient la Fondation, parce qu'elle croit, comme vous, que la profession infirmière a un rôle déterminant à jouer dans l'amélioration des soins de santé.

Faites un don de 25 \$ dès maintenant à la Fondation : www.fondationoiiq.org

Pour mieux soigner, 2014-2015 : Les enfants vulnérables

On ne peut rester insensible devant la réalité des enfants vulnérables. Force est de constater que les ressources pour les soutenir se font rares. La Fondation du D^r Julien s'est donné le mandat d'accompagner cette clientèle dans un contexte de proximité, familial, et communautaire en créant les Centres de pédiatrie sociale (CPS). La Fondation du D^r Julien gère actuellement trois CPS à Montréal qui viennent en aide à 2 000 enfants et leur famille. « Ce projet nous a particulièrement interpellés parce que ses retombées seront aussi exportables à d'autres types de clientèles et à d'autres milieux cliniques », a indiqué Lyne Tremblay, cadre supérieure en préretraite au CISSS de la Montrégie-Centre et membre du Conseil d'administration de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.



Nancy Hammond
Présidente de la
Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

« Nous avons tous besoin, un jour ou l'autre, de soins de santé, soit pour nous ou pour nos proches. Nous avons tous la capacité de contribuer à améliorer les soins offerts. On voit que les infirmières et infirmiers adhèrent à la mission de soutenir la recherche dans leur domaine. »

Initialement, le projet a été mené conjointement avec le CSSS Lucille-Teasdale, maintenant intégré au CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal. L'étude sur les résultats est menée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et par le département de psychologie, volet transfert des connaissances, de l'Université de Montréal. Lyne Tremblay a d'ailleurs souligné l'importance de l'accompagnement par des chercheurs pour permettre l'évaluation et la possibilité d'exporter ce projet, dans une optique de pérennité.

Le D^r Gilles Julien a affirmé l'importance de l'intégration des infirmières dans les cliniques de pédiatrie sociale : « Elles pourront acquérir de solides compétences pour intervenir auprès des clientèles vulnérables. Par ailleurs, leur expertise en soins de proximité permettra de faire évoluer notre modèle de pratique encore davantage ». Lyne Tremblay renchérit : « Par leur formation universitaire en santé communautaire et leur expérience sur le terrain, les infirmières et infirmiers cliniciens ont à la fois le savoir-faire et le savoir-être nécessaires pour intervenir auprès des enfants vulnérables ». Portée par le projet de son père, Maude



Lyne Tremblay
Membre du Conseil
d'administration de la
Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

« Le projet du D^r Julien nous a particulièrement interpellés parce que ses retombées seront aussi exportables à d'autres types de clientèles et à d'autres milieux cliniques. »

Julien, elle-même infirmière, a fondé et dirige le CPS de Lévis dans lequel elle occupe évidemment une place prépondérante. Dans une entrevue à *Perspective infirmière*², elle soulignait la valeur ajoutée que constitue une infirmière en pédiatrie sociale.

L'infirmière, une alliée en pédiatrie sociale

Au cours des dernières années au Québec, une quinzaine de centres inspirés de la pratique du D^r Julien ont vu le jour, et l'objectif d'ici 2020 est d'en compter une quarantaine qui permettront de rejoindre près de 20 000 enfants dans le besoin. Ce grand déploiement ne peut se faire sans l'implication des infirmières. « Nous attendons de l'infirmière qu'elle s'intègre à l'équipe clinique aux côtés de la travailleuse sociale et du médecin dans la première évaluation et l'orientation de l'enfant. L'intégration de l'infirmière renforce l'accompagnement dans le domaine de la santé juvénile », affirme le D^r Julien. Dans son équipe, les infirmières sont indispensables pour atteindre les objectifs fixés et doivent jouer un rôle de premier plan puisque « du fait de leur formation, elles ont plus de facilité à établir une proximité relationnelle avec les populations vulnérables ». Leur rôle va bien au-delà de soutenir le médecin, il en est un d'action et d'autonomie.



D^r Gilles Julien
Président fondateur
de la Fondation
du D^r Julien

« Dans les CPS, les infirmières sont de loin le groupe de professionnels le plus approprié pour intervenir en pédiatrie sociale dans la communauté, car les compétences qu'elles ont développées au cours de leurs études, notamment en soins de santé primaires, correspondent à une partie des compétences de base souhaitées en pédiatrie sociale. »

« Dans les Centres de pédiatrie sociale, les infirmières sont de loin le groupe de professionnels le plus approprié pour intervenir dans la communauté car les compétences qu'elles ont développées au cours de leurs études, notamment en soins de santé primaires, correspondent à une partie des compétences de base souhaitées en pédiatrie sociale : l'exercice du jugement clinique, des habiletés de communication interpersonnelle, l'engagement professionnel, la promotion et le recouvrement de la santé », poursuit le D^r Julien. C'est de cette valorisation de l'infirmière que découle la volonté de la voir devenir un acteur majeur influent dans les CPS. Littéralement, l'infirmière peut faire la différence auprès de cette clientèle fragile et particulière : les enfants dans le besoin.

Rôle de la Fondation de l'OIIQ

Le financement fourni par la Fondation de l'OIIQ vise à établir le profil de l'infirmière œuvrant en pédiatrie sociale de façon à pouvoir recruter une première cohorte pour la former. Ce soutien permettra aux CPS d'accroître l'accès à des services adéquats pour les enfants issus d'un milieu vulnérable. ■

L'auteure est secrétaire générale de la Fondation de l'OIIQ et directrice générale de l'OIIQ.

Sources

1. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.
2. Benhaberou-Brun, D. « L'infirmière : Une plus-value en pédiatrie sociale », *Perspective infirmière*, vol. 12, n° 1, janv./févr. 2015, p. 7-8. [En ligne : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no1/03-rencontre.pdf>]

Encadré 2 Deux objectifs pour accroître les services aux enfants vulnérables

D'ici 2017, la Fondation de l'OIIQ s'est fixé deux objectifs pour le projet du D^r Julien :

1. Former des infirmières cliniciennes en vue d'une pratique interdisciplinaire en pédiatrie sociale dans la communauté en leur permettant d'acquérir de nouvelles compétences pour mieux intervenir auprès de populations issues des milieux vulnérables. Cinquante à cent infirmières devraient être formées et prêtes à intégrer les CPS.
2. Intégrer des infirmières dans les équipes de pédiatrie sociale en milieu communautaire afin de tester un projet pilote qui pourra par la suite être déployé dans des centres de pédiatrie sociale.

