

LES RAVAGES DE L'ALCOOL... SUR LES TROTTOIRS !

PAR DALILA BENHABEROU-BRUN, INF., M.SC.



Noël approche, les fêtes s'organisent, des conducteurs sont désignés pour raccompagner collègues et amis. Malheureusement, festivité rime souvent avec ébriété. Alors, autant marcher ! Cependant, une étude menée en 2008 par la TIRF (Traffic Injury Research Foundation – Fondation de recherches sur les blessures de la route) révèle que 42 % des piétons décédés à la suite d'une collision avaient consommé une trop grande quantité d'alcool.

En ce temps des fêtes, chacun évite de conduire en état d'ébriété. Pourtant, les résultats de la fondation canadienne TIRF révèlent des informations stupéfiantes sur la cause de décès des piétons. Au Canada, parmi les 209 piétons qui ont perdu la vie en 2008, plus de 80 avaient un taux d'alcool deux fois supérieur à la limite permise, soit 80 mg/100 ml. Alors que l'on s'attend à ce que le conducteur de la voiture soit forcément fautif dans ces circonstances, ce n'est pas toujours le cas. Pourquoi et comment ces passants deviennent-ils victimes d'accidents de circulation mortels ?

D'après Transports Canada, 60 % des piétons tués dans des collisions traversaient la route. Inutile de se demander qui de la voiture ou du passant s'en sortira indemne. La réponse est évidente. Ensuite, 33 % des personnes décédées étaient en tort. Une leçon à méditer : non seulement le piéton n'est pas une victime, c'est un provocateur inconscient. Autre particularité : 60 % des piétons tués ont perdu la vie la nuit ou alors que la route était mal éclairée. Contrairement aux automobiles, les piétons ne sont pas munis de phares. Enfin, 75 % des accidents ayant entraîné la mort de piétons se sont produits dans des zones urbaines.



Ces statistiques sont affolantes, ne trouvez-vous pas ? Imaginez-vous, la nuit du réveillon de Nouvel An, à 1 h 30 du matin, au coin des rues Sainte-Catherine

et Saint-Denis. Vous avez festoyé chez des amis et ingurgité vin et champagne ? Pas de taxis en vue. Tous vos compagnons ont bu. Pas question de conduire ! Vous prévoyez remonter la rue Saint-Denis, tourner à droite sur la rue Laurier et regagner votre appartement du Plateau Mont-Royal. Vous ne craignez pas le froid, emmitoufflé dans votre anorak brun foncé. Après cette soirée, vous vous sentez un peu fatigué, mais vous êtes certain que vous parcourrez cette distance aussi facilement que lorsque vous faites votre course matinale.

Mais vous avez tort ! Vous êtes en ville, vous allez emprunter et traverser de grandes rues. Vous êtes peut-être un peu trop ambitieux : la température avoisine les 12 degrés sous zéro, il fait nuit et dans votre manteau de couleur sombre, vous êtes peu visible. Votre démarche est plus qu'hésitante. Votre taux d'alcool doit friser les 120 mg/100 ml !

Non seulement vous risquez de ne pas repérer les voitures, mais les automobilistes risquent de ne pas vous voir non plus. Un bon conseil, retournez d'où vous venez. La fête doit se poursuivre. Profitez de cette belle nuit, mais surtout, restez en vie pour pouvoir apprécier les suivantes !

Comme le dit Jean Rigaux, chansonnier français, décédé en 1991 : « Il n'y a plus, de nos jours, que deux sortes de piétons : les rapides et les morts. » Et, compte tenu de votre état, il y a peu de chances que vous fassiez partie du premier groupe...



© George Doyle / Thinkstock

- Choix 1.** Ne pas boire. Eh oui, on peut avoir du plaisir à une fête même si l'on ne boit pas.
- Choix 2.** Désignez un conducteur qui ne consommera pas d'alcool et qui vous reconduira à la maison, ou appelez un taxi.
- Choix 3.** Boire et prévoir occuper la chambre d'amis de vos hôtes. À défaut, un canapé-lit ou un matelas gonflable au sous-sol fera l'affaire.
- Choix 4.** Une solution encore plus formidable : organisez la réception chez vous et prévoyez accueillir et garder tous vos invités pour la nuit !

L'équipe de Perspective infirmière vous souhaite une bonne et heureuse année 2013.

Source

Fondation de recherches sur les blessures de la route (TIRF). *Sondage sur la sécurité routière, 2008 – Piétons et cyclistes*, Ottawa, TIRF, 2009, 47 p.
[En ligne : www.tirf.ca/publications/PDF_publications/RSM_2008_Cyclists_Pedestrians_final_FR.pdf]

LA SANTÉ DES HOMMES ÂGÉS

PATIENTS-MÉDECINS : DES PRIORITÉS DIVERGENTES

PAR LOUIS GAGNÉ

Si, en vieillissant, les hommes ont pour principales préoccupations les problèmes de santé qui diminueraient leur autonomie et leur qualité de vie, leurs médecins ne semblent pas partager leurs inquiétudes. Une récente étude¹ dirigée par la D^{re} Tannenbaum, chercheuse de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), montre en effet que ces problèmes de santé qui inquiètent les hommes de 55 ans et plus ne font pas autant l'objet de consultations et de dépistage de la part de professionnels de la santé qu'ils le souhaiteraient.

« Ce sont les décideurs qui dictent les priorités en matière de santé et leurs décisions reposent souvent sur les coûts sociétaux des maladies plutôt que sur ce qui préoccupe réellement les hommes », explique Cara Tannenbaum, gériatre et titulaire de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement à l'IUGM.

La D^{re} Tannenbaum a mené une vaste enquête transversale auprès de 2 325 Canadiens âgés de 55 à 97 ans. L'enquête s'est faite au moyen d'un sondage postal mené en mai 2008. Les limitations à leur mobilité (64 %), la perte de mémoire (64 %) et les effets secondaires des médicaments (63 %) figurent en tête de liste de leurs préoccupations. La perte de vision (61 %), d'audition (52 %) et les chutes (51 %) apparaissent aussi comme des soucis notables.

Or, des disparités importantes existent entre les priorités des hommes âgés et celles de leurs médecins. En effet, à peine 13 % et 9 % des hommes sondés ont affirmé que leurs médecins avaient abordé avec eux les questions de limitations à la mobilité et de perte de mémoire. Environ 41 % ont affirmé avoir discuté avec un professionnel de la santé de perte de vision, 29 % d'audition et 12 % de chutes.

En fait, seule la question des effets secondaires des médicaments, qui doit être abordée *de facto* par le médecin traitant et le pharmacien, fait l'objet d'une attention médicale (85 %) supérieure au degré d'inquiétude (63 %) exprimé par les participants de l'étude.

LONGÉVITÉ ET MÉDICAMENTS

Ce résultat n'est pas vraiment surprenant selon la D^{re} Tannenbaum. « La longévité s'accroît et les risques de vivre avec une maladie chronique qui nécessite la prise de médicaments augmentent. En Amérique du Nord, à compter de l'âge de 65 ans, neuf personnes sur dix prennent au moins un médicament. Et 50 % d'entre eux en prennent cinq ou plus », rappelle-t-elle.



© Yuri Arcurs / Dreamstime.com

D'autres différences importantes entre les préoccupations des hommes âgés et les priorités médicales sont à noter. Notons la dépression (49 % c. 9,5 %), l'ostéoporose (45 % c. 13,5 %), l'incontinence (42 % c. 18 %), les soins de fin de vie (27 % c. 12 %), la maladie d'Alzheimer (36 % c. 16 %), et l'anxiété (27 % c. 17 %).

PRIORITÉS MÉDICALES

À l'inverse, les maladies qui ont fait l'objet d'une attention particulière de la part des professionnels de la santé figurent au bas de liste des grandes préoccupations des patients. De façon générale, plus de 80 % des répondants ont affirmé avoir été interrogés ou dépistés au sujet des accidents vasculaires cérébraux, des maladies cardiaques, du diabète, de la pneumonie et du cancer colorectal. Toutefois, seulement le tiers environ des participants s'est montré préoccupé par ces maladies, potentiellement mortelles.

« Cela montre que les médecins font un bon travail pour informer les gens, prévenir et traiter ces maladies. Elles sont moins préoccupantes pour les patients, car ils se sentent pris en charge. D'un autre côté, les résultats montrent que les préoccupations pour des problèmes de santé qui diminuent la qualité de vie ne sont pas suffisamment prises en compte », affirme la D^{re} Tannenbaum.



© IUGM

« Je crois qu'il est temps pour le système de santé de mettre en place des stratégies pour permettre aux aînés de maintenir leur autonomie et leur qualité de vie, et ainsi préserver leur santé mentale. »

D^{re} Cara Tannenbaum, gériatre et chercheuse de l'IUGM

En regardant de plus près les caractéristiques médicales et sociales des participants à l'étude, la chercheuse a découvert que les hommes sans diplôme collégial ou universitaire se sont montrés plus inquiets que les répondants diplômés pour les mêmes préoccupations, à l'exception des effets secondaires de médicaments, de la douleur, des chutes et de la perte de vision. De fait, ils étaient près de deux fois plus préoccupés par le diabète, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.

« Il est possible que les hommes plus éduqués aient davantage accès à des sources d'information sur la santé, peut-être par l'entremise d'Internet, ce qui pourrait leur permettre de calmer ou de

diminuer leurs inquiétudes. À l'inverse, les patients moins éduqués pourraient avoir exprimé davantage leurs préoccupations par manque de connaissances », précise la chercheuse.

Fait à souligner, l'âge à lui seul ne peut expliquer les disparités entre les préoccupations des patients et les sujets priorités par leur professionnel de la santé à une exception près : le dysfonctionnement érectile. C'était le cas pour les répondants les moins âgés dans l'échantillon à l'étude.

Ces différences dans les modèles de soins peuvent amener les patients à croire que certains aspects de leur santé sont négligés, les exposant ainsi à un plus haut risque de conséquences négatives.

La présente étude fait écho à une autre² réalisée par la D^{re} Tannenbaum, publiée en 2005, et qui concernait cette fois les femmes canadiennes. « Les hommes et les femmes ont les mêmes préoccupations, mais les femmes sont plus nombreuses à avoir ces préoccupations », explique-t-elle.

À titre d'exemple, les problèmes de mobilité, la perte de mémoire et les effets secondaires des médicaments sont aussi les trois principales préoccupations des femmes, mais dans des proportions respectives de 88 %, 86 % et 88 % (hommes : 64, 64 et 63 %). Pourquoi ? « Nous n'avons pas de réponse précise. Il est possible que les femmes accordent traditionnellement une plus grande importance à leur santé et à celle de leurs proches que les hommes », avance-t-elle.

DES SOLUTIONS

Ces deux études devraient interpeller les professionnels de la santé et les gouvernements, selon la D^{re} Tannenbaum. Les sommes investies dans la prévention et le traitement des maladies cardiaques, du diabète et des AVC, bien qu'« astronomiques », ne figurent pas parmi les plus grandes préoccupations des patients. « La majeure partie des coûts de santé sont dépensés dans les dernières années de vie d'une personne. Il m'apparaît donc important de prioriser les maladies qui menacent l'autonomie et la qualité de vie. »

« Puisque les priorités concernant la santé chez les aînés sont de mieux en mieux comprises, un changement dans la façon de les planifier s'impose. Au cours des suivis, les professionnels de la santé devraient consacrer plus de temps à conseiller les patients notamment sur l'exercice, la nutrition, l'incontinence et la santé mentale », ajoute-t-elle.

À cet égard, les infirmières sont bien placées pour aborder ces préoccupations avec les hommes et les femmes âgés, particulièrement dans le cadre de leurs pratiques de soins à domicile ou au sein de groupes de médecine de famille³. « Elles y tiennent un rôle avec des responsabilités accrues et elles sont à même d'informer les personnes âgées, de sonder leurs inquiétudes et d'évaluer leur qualité de vie », affirme la D^{re} Tannenbaum.

Références

1. Tannenbaum, C. « Effect of age, education and health status on community dwelling older men's health concerns », *Aging Male*, vol. 15, n° 2, juin 2011, p. 103-108.
2. Tannenbaum, C., N. Mayo et F. Ducharme. « Older women's health priorities and perceptions of care delivery : results of the WOW health survey », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 173, n° 2, 19 juil. 2005, p. 153-159.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *À propos des GMF – Pourquoi créer des groupes de médecine de famille (GMF) ?* [En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?a-propos-fr]

ÉVALUER L'EFFICACITÉ DES SOINS

UN RAPPORT PRÉCONISE DE MODIFIER LES MODÈLES DE COLLECTE D'INFORMATION

PAR LOUIS GAGNÉ

Malgré les milliards de dollars investis chaque année dans le réseau de la santé pour améliorer le bien-être de la population, peu de renseignements sont disponibles sur l'amélioration de la santé des patients à la suite des soins donnés par les professionnels de la santé.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada ont cosigné en août un rapport demandant une meilleure collecte de données afin de dresser un tableau plus complet de la santé de la population et des services de santé au pays en vue d'évaluer l'efficacité réelle des soins.

Le rapport¹ intitulé *Les résultats des soins pour la santé – le temps est venu* recommande que les traditionnelles mesures cliniques et biologiques servant à évaluer les résultats des interventions médicales soient systématiquement complétées par des données plus subjectives sur les résultats. Ces données proviendraient directement des résultats déclarés par les patients bénéficiaires des soins (*patient reported outcomes* ou PRO) et pourraient notamment être recueillies par les infirmières et les infirmiers.

« Il s'agit là d'un passage d'un modèle biomédical de la recherche, qui met l'accent sur le diagnostic et les résultats cliniques, à un modèle de résultats pour la santé qui met l'accent sur l'espérance de vie, ainsi que sur des mesures de la qualité de vie liée à la santé reposant sur l'utilisation de PROM [*patient reported outcome measures*] », écrivent les auteurs du rapport de 57 pages. « Ce mouvement vers une collecte d'information fondée sur les résultats pour la santé nous permettrait de déplacer le centre d'intérêt d'une simple approche axée sur le volume des soins vers une évaluation du résultat ciblé par le système de santé, c'est-à-dire la santé elle-même ».

LA COLLECTE

La collecte d'information directe auprès des patients peut être coûteuse et longue, conviennent les auteurs. Cependant, « l'amélioration des technologies de l'information et la prolifération des dispositifs PRO électroniques (ePRO) tels que la réponse vocale interactive, les écrans d'ordinateur tactiles, les ordinateurs de poche, les tablettes, les téléphones mobiles et les applications Internet ont accru notre capacité de recueillir des données sur les résultats pour la santé de manière efficace », notent-ils.

Plusieurs avancées dans la collecte de données ont été réalisées ces dernières années dans les provinces canadiennes et à l'étranger,

principalement auprès de patients ayant subi une opération chirurgicale. Bien qu'aucune mesure normalisée, globale et répétée de l'état de santé de la population pouvant servir à évaluer les résultats des soins ne soit disponible, le Canada a réalisé des progrès au chapitre des services à domicile et des soins de longue durée. En effet, l'instrument d'évaluation des résidents (RAI) permet aux dispensateurs de soins d'évaluer les progrès de chaque individu tandis qu'au chapitre de la réadaptation, l'instrument FIMMD aide les dispensateurs à évaluer l'état physique et cognitif des patients, note le rapport.

Ces données sont avantageuses à plusieurs catégories de professionnels du réseau de la santé. Les cliniciens les utilisent pour améliorer les soins qu'ils donnent à leurs patients. Les administrateurs en font usage pour contrôler le rendement du système. Enfin, les décideurs peuvent ainsi surveiller l'amélioration de la santé et veiller à ce que les soins soient fournis aux patients qui en ont le plus besoin.



« Il est possible, grâce à des efforts concertés, de cerner et de combler les besoins d'information sur le système de soins de santé au Canada. »

Les auteurs

Bien que le Canada déploie de nombreuses activités d'innovation, aucune initiative pancanadienne à l'heure actuelle ne vise la collecte de données sur les résultats pour la santé dans un grand nombre de secteurs des soins de santé. « Pour aller de l'avant, il faut recueillir des données qui reflètent des mesures bien définies et normalisées qui permettront à toute une gamme d'intervenants d'influer sur le processus de soins à tous les niveaux », concluent les auteurs.

Source

1 Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada. *Les résultats des soins pour la santé – le temps est venu*, Ottawa, ICIS, 2012, 57 p. [En ligne <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1888>]

LE BONHEUR DE VIEILLIR

UN SONDAGE DE L'AQESSS

PAR LOUISE CASAVANT

Si l'appétit vient en mangeant, il semble que de son côté, la peur de vieillir s'estompe en vieillissant ! C'est du moins ce que tend à montrer un récent sondage CROP réalisé pour le compte de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).

Dans le cadre du colloque *Viellir c'est vivre !* de mai dernier, l'AQESSS a voulu connaître les perceptions et attitudes des Québécois face à leur vieillissement. Le but : mieux comprendre la direction que doivent prendre le réseau de la santé et des services sociaux et ses partenaires.

DES PRÉJUGÉS

Un pourcentage de 40 % des Québécois âgés de 65 ans et plus n'ont pas peur de vieillir. Cette proportion atteint seulement 25 % si l'on considère l'ensemble des répondants. En vieillissant, il semble ainsi que les choses ne sont pas aussi sombres qu'on l'envisageait.

Lorsqu'on demande aux répondants d'imaginer ce que sera leur vie à 75 ans, 56 % se voient entourés de parents et d'amis, 51 % à l'aise financièrement et 47 % en



© iStockphoto / Thinkstock

bonne santé, des taux qui montent respectivement à 72 %, 67 % et 58 % chez les 65 ans et plus.

Dans le même ordre d'idées et sans surprise, on constate que l'âge auquel on se considère vieux passe de 60 ans chez les 18-34 ans à 80 ans chez les 65 ans, soit une moyenne de 72 ans. Seulement 33 % ont peur d'avoir l'air vieux et 25 % craignent de ne plus avoir de relations sexuelles.

Tout va bien alors, pensez-vous ? Eh bien... non !

ET DES PEURS

Si la peur de vieillir s'estompe avec le temps, la crainte de la maladie et de la perte d'auto-

nomie est, pour sa part, omniprésente. Pas moins de 79 % des répondants avouent en avoir très peur ou assez peur, alors que 77 % craignent de perdre la mémoire.

La peur qu'on décide à leur place (60 %), de devoir quitter leur logement (51 %), d'être maltraité (48 %) et de devenir un fardeau pour leurs proches (48 %) est aussi clairement exprimée.

Le rapport note en conséquence qu'il existe « une opportunité pour le réseau de la santé de valoriser la vieillesse et de promouvoir une perspective plus optimiste au fait de vieillir en communiquant davantage les aspects rassurants afin d'atténuer les aspects qui font peur ». Parmi eux : la possibilité de demeurer actif plus longtemps, l'espérance de vie qui s'allonge, les avancées de la science et leur impact sur l'amélioration des soins de santé, de même que le partage des expériences.

Le sondage a été réalisé du 18 au 22 avril auprès de 1 000 Québécois et Québécoises âgés de 18 ans et plus. On peut le consulter sur le site Web de l'AQESSS : www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_depotes/CROP_Vieillissement_population_Avril_2012.pdf

TROUVER FACILEMENT UNE ORDONNANCE COLLECTIVE

Afin de faciliter le travail des infirmières, l'OIIQ a mis en place au mois de juin un répertoire sur les ordonnances collectives (OC) qui regroupe les coordonnées des personnes responsables de plus de 300 OC dans les établissements du réseau de la santé du Québec. Rappelons qu'une ordonnance collective est une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins qui permet à l'infirmière de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, de donner des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques sans attendre une ordonnance individuelle.

La consultation du répertoire se fait en trois étapes : d'abord, choisir l'un des quatre thèmes (initier une mesure diagnostique, initier une mesure thérapeutique, ajuster un médicament, ajuster un traitement médical) ; ensuite, choisir une ordonnance en fonction d'un thème (par exemple, ajuster la thyroxine ou retrait du cathéter péridural) ; et enfin, sélectionner l'établissement. On obtient alors le nom et les coordonnées de la personne responsable de cette OC.



L'Ordre présente aussi six exemples d'OC et des outils pour aider les infirmières à rédiger les ordonnances collectives et à les mettre en œuvre dans leur établissement. **N.B.**

Pour consulter ces outils : www.oiiq.org/pratique-infirmiere/ordonnances-collectives

Pour consulter le répertoire : www.oiiq.org/pratique-infirmiere/ordonnances-collectives/repertoire

CONTINUUM LE PROJET D'UNE VIOLONISTE ET DE SON CHIRURGIEN

PAR MARIE-MICHÈLE MANTHA

Le test génétique révèle que son risque d'être à nouveau atteinte d'un cancer du sein est de 85 %, comparativement à 12 % pour la moyenne des femmes. Ce test détecte des mutations des gènes BRCA1 et BRCA2 à partir d'un échantillon de sang. Une mutation de l'un de ces gènes accroît aussi le risque de cancer de l'ovaire.

« Mon premier réflexe a été de m'informer », se rappelle la violoniste. Toute une entreprise, car l'information est difficile à dénicher. Elle devra trancher : se soumettre périodiquement à des suivis médicaux ou subir l'ablation des organes où un cancer pourrait un jour apparaître. « C'est un choix très personnel, précise la violoniste. Le plus grand défi est d'arriver à voir clair à un moment où tout s'entrechoque dans notre tête. Il y a d'une part la peur, la détresse, et d'autre part, la raison qui veut reprendre le dessus. »

Ses recherches la mènent à consulter le D^r Alain Gagnon, chirurgien plasticien à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM. La confiance s'établit. Le spécialiste utilise une technique novatrice de reconstruction mammaire, par lambeau DIEP, pour *Deep Inferior Epigastric Perforator*. Anne Robert opte pour l'ablation préventive des seins et des ovaires, suivie d'une reconstruction mammaire. Cette lourde opération dure 17 heures. C'était en décembre 2010.



© Projet Continuum

BIEN INFORMER

La suite de l'histoire tient de l'inouï. La patiente et le médecin réalisent qu'ils sont tous deux musiciens. Le D^r Gagnon est pianiste de formation. Au fil du temps, une complicité artistique se développe. Ils décident de mettre sur pied un concert très personnel, composé de pièces classiques et modernes qui symbolisent l'épreuve de la maladie et la guérison. L'an dernier, ils faisaient salle comble au Conservatoire de musique de Montréal. Des représentations sont prévues en Europe.

Continuum est le nom de leur projet artistique impromptu. Déjà, les fonds amassés ont servi à produire un disque compact. Et aussi un livre et un site Web, lancés cet automne. Car tous deux avaient vivement à cœur d'offrir une information

vulgarisée aux personnes qui ont une prédisposition génétique à un cancer.

De plus en plus de gens consultent parce qu'ils sont porteurs d'un gène muté et ne veulent pas avoir le cancer, constate le D^r Gagnon. « Ils demandent où trouver de l'information, mais il y a de tout sur Internet. Nous pourrions maintenant les référer à un site fiable », se réjouit-il.

Pour en savoir plus : *Une musicienne et son chirurgien – Mutations génétiques et cancer, l'aventure d'une vie*. Livre disponible en librairie.

Le site Web : www.continuumchum.org

Pour appuyer le projet *Continuum*, faites un don par l'intermédiaire de la Fondation du CHUM : www.jedonneenligne.org/fondationduchum/fm_detail.php?FrmUID=11

LA VISITE



Yves Lessard, infirmier clinicien, et François Paquet, médecin urgentologue, ont créé *Statcomics*.

STAT

PREMIER SYMPOSIUM DES IPS



L'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ) présente son premier symposium sur la profession d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) au Québec. Sur le thème « Se rencontrer pour mieux collaborer », l'événement se donne plusieurs objectifs dont comprendre le rôle des IPS, faire le point sur leur implantation et leur réintégration, ainsi que sur les modèles de pratique qui les accueillent.

En plus des ateliers et d'une formation sur la collaboration interprofessionnelle, le programme propose plusieurs conférences. La présidente d'honneur du symposium, Louise Hagan, lauréate de plusieurs prix, dont l'Insigne du mérite 2011, et le Dr Jean Bernard Trudeau, secrétaire adjoint du Collège des médecins du Québec et responsable du dossier des IPS, s'adresseront aux participants.

«Un des principaux objectifs de ce symposium est de mieux faire connaître le rôle des IPS aux autres professionnels du réseau de la santé et ainsi de faciliter la collaboration interprofessionnelle », souligne Chantal Fortin, IPS néphrologie et présidente de l'AIPSQ.

Un rendez-vous : le 23 novembre 2012, à l'Hôtel Delta de Trois-Rivières. **N.B.**

Pour en savoir plus : www.aipsq.com/infos/symposium-2012.php ou info@aipsq.com

LIVRES

PÉDIATRIE ET PÉRINATALITÉ



Deux nouveaux livres publiés chez Chenelière Éducation viennent enrichir l'apprentissage des infirmières en pédiatrie et en périnatalité. *Soins infirmiers – Pédiatrie* est une adaptation française du livre anglais bien connu de Donna Wong et Marilyn Hockenberry : *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (publié par Elsevier Mosby en 2005). *Soins infirmiers – Périnatalité* est la version française de l'ouvrage de Lowdermilk, Perry et Cashion intitulé *Maternity Nursing* (dont la 8^e édition est parue en 2011). Cinq chapitres ont été adaptés par Dalila Benhaberou-Brun, une collaboratrice habituelle de *Perspective infirmière*.

Comme tous les autres ouvrages de la collection « Soins infirmiers » de cet éditeur, les deux livres proposent un contenu didactique destiné à faciliter autant l'enseignement que l'apprentissage. Ils sont agrémentés de photos, de mises en situation et de questionnaires pour guider l'infirmière dans sa prise de décision par rapport à des situations cliniques précises.

Dalila Benhaberou-Brun est infirmière et titulaire d'une maîtrise en sciences biomédicales de l'Université de Montréal.

Elle a exercé sa profession d'infirmière pendant plusieurs années avant de se consacrer à la rédaction en recherche clinique. Depuis 2005, elle a écrit plus d'une centaine d'articles sur différents sujets touchant la santé. **Nathalie Boëls**

Soins infirmiers – Pédiatrie

Marylin J. Hockenberry, David Wilson.
Édition française : France Dupuis, Linda Massé, Jocelyne Tourigny, Yvon Brassard
Chenelière Éducation
2012, 1 408 p., 138 \$

Soins infirmiers – Périnatalité

Deitra L. Lowdermilk, Shannon E. Perry, Kitty Cashion.
Édition française : Isabelle Millette, Françoise Courville, Viola Polomeno, Francine de Montigny, Yvon Brassard
Chenelière Éducation
2012, 1 190 p., 136 \$

VOTRE GUIDE SANTÉ INFO



Votre guide Santé Info – Comment réagir aux symptômes et traumatismes, de la Dr^e Nicole Audet, avec la collaboration de Nathalie Boëls, passe en revue les symptômes et les traumatismes les plus courants afin d'établir leur niveau d'urgence et de poser les bons gestes au bon moment. Dans une optique de patient partenaire, le livre propose aussi un guide pour préparer une consultation avec un professionnel de la santé.

Professeure adjointe de clinique au département de médecine familiale de l'Université de Montréal, la Dr^e Nicole Audet pratique à la Cité de la Santé de Laval. Elle travaille également dans des centres de pédiatrie sociale créés par le Dr Gilles Julien. Elle a été directrice et rédactrice en chef du magazine *Le médecin du Québec*, de 2006 à 2008. Nathalie Boëls détient une maîtrise en biologie moléculaire et en biochimie. Elle a travaillé pendant plus de douze ans comme agente de communication pour des organismes communautaires en santé et a publié deux ouvrages aux Éditions du CHU Sainte-Justine. Elle est maintenant secrétaire de rédaction de la revue *Perspective infirmière*.

Votre guide Santé Info – Comment réagir aux symptômes et traumatismes

Dr^e Nicole Audet, en collaboration avec Nathalie Boëls
Guy Saint-Jean Éditeur
2012, 256 p., 20 \$