



L'instrument Nursing Activities Score pour mesurer les activités de soins infirmiers spécifiques et estimer le ratio infirmières requises-disponibles dans les Unités de Soins Intensifs et Intermédiaires

Elaine Machado de Oliveira

Problématique: Les patients assistés dans les Unités de Soins Intensifs (USI) ont des demandes spécifiques de soins infirmiers, soit par leur gravité, soit par un besoin clinique spécifique. Ces demandes peuvent être mesurées en fonction des activités requises par chaque patient afin d'adapter le service disponible à la demande requise, permettant ainsi des soins individualisés avec qualité et sécurité. Objectifs: Décrire les activités infirmières dans les USIs et Intermédiaire (N-IU) Franco-Canadiennes mesurées par le Nursing Activities Score (NAS); analyser le ratio infirmières requises-disponibles. Méthode: Étude descriptive, menée dans 4 USI et 1 N-IU, a utilisé le NAS pour mesurer les activités de soins infirmiers et estimer le ratio infirmières requises-disponibles (RRD) selon les demandes des patients. Résultats: Les tâches administratives, les interventions cliniques au chevet du patient et à l'extérieur de l'unité avaient une intensité de soins plus élevée dans les USI que dans le N-IU. Le RRD <1.0 dans le N-IU a suggéré un ajustement des infirmières dans tous les quarts de travail. Conclusions: L'intensité des activités infirmières dans les USIs est plus élevée que dans le N-IU. Tous les quarts de travail de N-IU ont besoin d'ajustement de nombre des infirmières selon la demande des patients.



Efficacité des interventions numériques en santé mentale pour les personnes avec des comorbidités : Une revue rapide et une méta-analyse secondaire.

Maxime Sasseville

Introduction : Le contexte de la pandémie de la COVID-19 rend urgent le besoin d'identifier rapidement des solutions pour résoudre des problèmes cliniques émergeant des mesures restrictives. Les approches de synthèses de connaissances classiques peuvent s'avérer difficiles à entreprendre en raison de leur complexité et risquent de s'éloigner de la réalité de la problématique à laquelle elles tentent de répondre (Runjic et al., 2019). Le but de cette étude a été d'effectuer une synthèse rapide des connaissances afin de décrire l'efficacité des interventions en santé mentale numérique pour les personnes avec des comorbidités.

Méthodologie : La méthodologie par paliers effectuée durant la synthèse a permis de rendre disponibles les données pour l'intervention clinique et de s'assurer de la pertinence de celles-ci en impliquant des utilisateurs de connaissances tout au long du processus (Tricco et al., 2018). La méthodologie a allié les méthodes de 1) revue rapide (Garritty et al., 2020) des revues systématiques, publiées après 2010, en anglais français et espagnol; 2) atelier de discussion des résultats avec 10 utilisateurs de connaissances afin de définir les besoins de connaissances supplémentaires; 3) consultation Delphi électronique modifié en 2 rondes (Keeney et al., 2011) auprès de 16 experts afin de prioriser les questions de recherche et; 4) méta-analyse secondaire (Higgins et al., 2019) des études primaires incluses dans les revues systématiques de l'étape 1).

Résultats : 1) La revue rapide de revues systématiques (n=35) a permis d'éclairer de façon générale les décisions cliniques en quelques semaines, en identifiant que l'efficacité des interventions numériques de tout type est démontrée pour les personnes ayant une maladie chronique physique ou un problème de santé mentale et pour les personnes présentant un cancer, mais les données probantes étaient insuffisantes pour soutenir leur utilisation chez les populations pédiatriques. 2-3) L'atelier de discussion avec 10 utilisateurs de connaissances et une méthode Delphi avec 16 experts ont permis respectivement de définir 9 questions potentielles et de prioriser celles-ci afin d'orienter la méta-analyse. 4) La méta-analyse secondaire a été effectuée sur la question suivante: « Quels sont les types d'interventions numériques les plus efficaces pour la prise en charge des problèmes de santé mentale et de maladie chronique concomitants chez la population adulte? ». L'analyse des études primaires (n=84) a permis d'identifier que tous les types de technologies sont sécuritaires et efficaces, mais qu'une efficacité plus élevée a été décrite pour les interventions partiellement supportées par un professionnel de la santé et utilisant les systèmes de messagerie électronique.

Conclusion : L'approche par paliers a permis de répondre rapidement et pertinemment aux besoins des utilisateurs de connaissances en identifiant que certaines caractéristiques des interventions numériques étaient plus efficaces, mais que toutes les interventions sont sécuritaires et efficaces.



Transformation des services de soutien périnataux offerts par des organismes à but non lucratif (OBNL) en contexte pandémique et appréciation des collaborations avec les établissements de santé : Protocole en élaboration

Essona-na PALAKASSI

Contexte : La transformation des services de soutien, auprès des femmes enceintes québécoises, conséquente à la première vague du COVID-19 demeure encore largement méconnue. Suivant l'évolution des mesures politiques et sanitaires, elles continuent d'évoluer au rythme des besoins périnataux, tout en se heurtant à des enjeux de concertation et de collaborations intersectorielles qu'il importe de considérer. L'efficacité attendue des réseaux de services dépendant notamment des collaborations avec les établissements de santé, il est d'autant plus essentiel d'apprécier leur configuration et leur intensité en contexte pandémique. **Objectif :** Apprécier la transformation des services de soutien périnatal offerts par des OBNL et leurs collaborations avec les établissements intégrés de santé et de services sociaux (ÉISSS) régionaux québécois en contexte pandémique. **Objectifs d'apprentissage :** 1) Reconnaître les implications des mesures politiques et sanitaire liées à la COVID-19 sur l'offre de services de soutien périnataux par les organismes communautaires du tiers secteur; 2) Situer l'apport des différentes sources de données qui seront intégrées à même les trois volets du devis d'étude de cas multiples avec méthodes mixtes proposé en réponse au but et objectifs poursuivis.

1) Décrire et comprendre la transformation des services de soutien périnatal offerts par des OBNL en période de la COVID-19. 2) Reconnaître les déterminants des collaborations qui interviennent sur l'efficacité des réseaux. **Méthodes:** Démarche d'étude de cas multiples avec méthodes mixtes, s'intégrant à une étude élargie avec approches participatives ayant précédé le début de la crise de la COVID-19. Les services de soutien périnatal offerts par les des organismes à but non lucratif (OBNL) des réseaux territoriaux de deux ÉISSS régionaux en période de COVID-19 seront les deux cas à l'étude. Quatre sources de données seront mobilisées à même trois volets se rapportant aux objectifs spécifiques: 1) sources documentaires; 2) entretiens structurés de vérifications sur transformation services; 3) questionnaires sur les collaborations; 4) entretiens semi-structurés auprès des acteurs impliqués dans les collaborations mises en œuvre. **Volet 1 :** Comparer les services de soutien périnatal documentés via une méthode de *scan environnemental* d'avant le début de la crise de la COVID-19, et à ceux caractérisés via mise à jour. **Volet 2 :** Estimer la configuration et la force des collaborations entourant l'offre de services de soutien en situation de pandémie. **Volet 3 :** approfondir les déterminants des collaborations qui interviennent sur l'efficacité des réseaux et des retombées des services de soutien périnataux offerts en contexte pandémique (N prévu = 44). **Résultats:** les résultats obtenus permettront de situer les transformations de services ayant pu contribuer ou limiter le soutien visant à répondre aux besoins périnataux émergents. Les résultats sur les collaborations intersectorielles avec les ÉISSS permettront aussi de relever comment maximiser une offre de soutien globale et concertée pouvant contribuer au maintien de la santé périnatale, au dépistage et/ou à la prévention de difficultés familiales et problèmes sociaux et de santé. **Conclusions:** Ce projet pourra ainsi avoir



d'importantes retombées pour initier des interventions visant à atténuer les répercussions non négligeables que pourraient avoir le contexte de la COVID-19 sur les familles et le développement sain des enfants nés durant la pandémie.



Dialectique de la limite et de la non-adhésion/transgression : une étude exploratoire auprès de patients en restriction sodique atteints d'insuffisance cardiaque

Nathalie Labrecque

Les patients atteints d'insuffisance cardiaque consultent à répétitions pour des complications dues à l'autogestion inefficace de la maladie. Le contrôle de l'insuffisance cardiaque s'effectue par l'observance de recommandations dont l'une des plus difficiles à respecter est la restriction sodique. Cette difficulté persiste chez la majorité de ces patients. La non-adhésion à la restriction sodique combine des processus conscients et inconscients dictés, en partie, par le plaisir associé aux interdits. Le plaisir, souvent exclu du discours en santé, a soulevé une piste d'exploration favorisant une vision holistique de la non-adhésion à la restriction sodique. Au regard de la théorie de la transgression, l'étude de la non-adhésion à la restriction sodique s'est réalisée par la dialectique de la limite et de la transgression d'un interdit. Cette théorie propose une réflexion sur l'attrait de l'humain pour la limite et l'interdit. Le but de cette étude est d'explorer la relation entre la limite et la non-adhésion/transgression chez des patients insuffisants cardiaques non-adhérents à la restriction sodique. La collecte des données s'est effectuée par un questionnaire sociodémographique, deux autres sur la consommation de sel et des entrevues individuelles semi-structurées. Six patients insuffisants cardiaques non-adhérents à la restriction sodique ont partagé leur expérience face à la maladie chronique et la restriction sodique. Les résultats ont mené à un profil type pour cette clientèle. Les participants ont démontré une prise de conscience des processus sous-jacents à la non-adhésion à la restriction sodique, notamment, la dépendance au sel. Les résultats de l'étude ont également apporté un éclairage sur la contradiction fondamentale de l'homme dans sa pulsion de vivre, qui va à l'encontre de la non-adhésion à la restriction sodique, engendrant des effets délétères reconnus. D'autres résultats ont permis de rappeler la persistance du non-respect des droits des patients et du partage de pouvoir inégalitaire entre soignant et soigné.



Contribution des infirmières praticiennes spécialisées en planification avancée de soins pour la clientèle palliative adulte

Myriam Jean-Maltais

La planification avancée de soins (PAS) se définit comme un processus global de réflexion, de communication et de prise de décision basé sur les valeurs d'un patient qui est à risque de vivre un changement dans son état de santé. Cette planification concerne plusieurs soins et comporte des composantes légales qui doivent être consignées. Ce processus est transversal et indissociable du continuum des soins palliatifs et offre des bénéfices importants. Néanmoins, il existe plusieurs barrières à l'homogénéité des pratiques. C'est dans ce contexte qu'une attention particulière a été portée à la contribution des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) dans ce processus. En effet, celles-ci offrent une prise en charge globale de l'expérience de santé de leurs patients et ont les connaissances et compétences nécessaires pour les accompagner efficacement dans cette prise de décision. Dans le but d'améliorer les pratiques en matière de PAS par les IPS, une revue de la littérature a été faite sur les bases de données de guides de pratique clinique (GPC) et de revues systématiques (RS). Les documents retenus, qui concernaient principalement les soins palliatifs au sens large, ont été analysés rigoureusement au moyen d'outils standardisés reconnus. Basé sur la pertinence du contenu et sur la qualité des publications, les écrits sélectionnés ont permis l'élaboration de recommandations concrètes concernant la PAS. Ces recommandations ont ensuite permis d'émettre des pistes de réflexions pour les pratiques locales.



Contraintes vécues par les infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire (IGNI) : état des connaissances.

Marie-Hélène Blais

Problématique Depuis un an, la pandémie crée une pression énorme sur le réseau de la santé. Le manque de personnel infirmier pour assurer les soins aux patients est à un niveau critique et la hausse des hospitalisations fait craindre des bris de services. Au cours des vingt dernières années, le réseau de la santé a subi de nombreuses transformations issues de la nouvelle gestion publique (NGP). La NGP— approche selon laquelle un secteur serait plus performant s’il adopte les principes et les valeurs de l’entreprise privée, dicte les activités et les décisions relatives au réseau de la santé. Les conditions de travail des infirmières ont été remaniées : baisse de la dotation du personnel infirmier, flexibilisation des horaires de travail et mobilisation du personnel. Le manque récurrent d’infirmières, la lourdeur des soins, le manque de temps pour accomplir ses tâches et les nombreuses contraintes administratives mettent en péril la sécurité et la qualité des soins et la santé mentale des infirmières. Certaines infirmières, désillusionnées par la réalité du travail, vont choisir de quitter la profession alors que d’autres vont s’épuiser au point de voir leur état de santé se détériorer. Les compressions budgétaires et les transformations du réseau de la santé affectent également les infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire (IGNI). Toutefois, en comparaison avec le système de contraintes vécues par les infirmières soignantes, les contraintes vécues par les IGNI ont été peu étudiées. **Objectif** : Identifier le système de contraintes vécues par les IGNI dans le cadre de leur travail et les conséquences de ces contraintes. **Processus de recension** : Le repérage des textes s’est effectué en utilisant les bases de données CINHL, Academic Search et Medline, en croisant les termes « nurse manager » et « constraint » dans le titre et le résumé, 13 titres ont été identifiés et 7 articles ont été retenus. D’autres textes ont été repérés à travers la consultation des références à la fin des documents. **Résultats** : Depuis 2003, les infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire se retrouvent elles aussi coincées dans un paysage de restrictions budgétaires. Des études indiquent que le manque d’effectifs pour assurer des soins sécuritaires, la réduction du temps accordé à l’orientation des nouvelles infirmières sont des contraintes, issues des compressions budgétaires, avec lesquelles doivent conjuguer les IGNI. La centralisation des pouvoirs a homogénéisé les pratiques de gestion faisant en sorte que les IGNI se retrouvent bien souvent dans l’impossibilité d’agir. Déjà, en 2010, des infirmières gestionnaires déploraient le manque d’autonomie dans la gestion des unités de soins qui sont sous leur responsabilité. Bien qu’elles détiennent peu d’autonomie et de pouvoir décisionnel, les IGNI sont pourtant imputables des résultats quant à la qualité et la sécurité des soins, et elles pourraient se voir imposer des sanctions si elles ne répondent pas aux cibles attendues par les établissements. Les IGNI ont vu leurs rôles se transformer et leurs responsabilités augmentées afin de répondre aux besoins de l’organisation. En effet, elles jouent un rôle déterminant dans la réalisation des objectifs de performance et de rationalisation des organisations. Les IGNI doivent respecter les ententes de gestion centrées sur les résultats, aider leur équipe à atteindre la performance et collaborer aux plans de redressement. Elles sont ainsi contraintes de favoriser l’adhésion des infirmières aux priorités de performances et d’efficacité des établissements en exerçant un contrôle des actes pratiqués et une surveillance de leurs subordonnées par l’utilisation d’outils de gestion. Le contexte difficile de l’organisation du travail infirmier au Québec a conduit à une forte



augmentation des responsabilités des IGNI. L'abolition, en 2015, de plus de deux-mille postes de cadres dans le réseau de la santé n'a fait qu'amplifier cette charge de travail. Les gestionnaires ont un nombre plus élevé de subordonnés sous leur responsabilité, et ce, sur des territoires fortement élargis. La présence physique des infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire sur les lieux de travail des infirmières ne se fait plus sur une base quotidienne, rendant ainsi difficile le support direct aux équipes. Bien qu'il soit demandé aux infirmières gestionnaires de soutenir leur équipe et de favoriser un environnement de travail sain, des infirmières soignantes leur font porter le blâme de l'assignation au temps supplémentaire obligatoire (TSO), de la violence verticale associée, des problèmes chroniques de dotation et notamment de l'implantation de régimes d'optimisation au sein des unités aux IGNI. Des études confirment toutefois que le personnel soignant n'a pas conscience que les IGNI exercent à travers un système de contraintes si accablant. Les IGNI, qui ont pour la plupart déjà exercé à titre d'infirmières soignantes, ont un rôle marqué par leur position d'autorité face au personnel soignant et par leur subordination aux structures administratives du réseau de la santé. Ce conflit de rôle est une contrainte de l'environnement de travail qui affecte particulièrement les IGNI. Elles se voient dans l'obligation de prioriser les considérations économiques et managériales aux dépens de conditions humaines d'exercice favorisant le bien-être au travail et la prestation de soins de qualité. Tout ce système de contraintes a des conséquences dévastatrices sur la santé physique et mentale et la sécurité au travail des infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire. Le stress, la fatigue chronique, l'épuisement, l'anxiété en sont quelques exemples. Le conflit de rôle engendre des dilemmes éthiques pour les IGNI. Des infirmières qui ont accédé à un poste de gestion pour être la voix des infirmières et effectuer des changements positifs se sentent coincées entre l'atteinte des objectifs de l'organisation et les attentes du personnel et des patients. Elles ont bien souvent le sentiment de délaisser leur équipe. Une étude réalisée auprès d'infirmières gestionnaires de niveau intermédiaire indique que 88 % d'entre elles admettent que les valeurs de l'hôpital vont à l'encontre de leurs valeurs personnelles et de leur éthique professionnelle. Conclusion : La réorganisation du réseau de la santé place les IGNI dans un système de contraintes qui est délétère pour leur état de santé. Il existe plusieurs écrits sur les contraintes vécues par les IGNI, mais peu prennent en compte comment il serait souhaitable, du point de vue de l'IGNI, que s'articulent les conditions dans lesquelles elles exercent ou d'explorer avec elles des pistes de solutions pour diminuer ou mettre un terme aux contraintes vécues dans une perspective de santé durable au travail. Recommandations : 1) Documenter l'expérience des IGNI à l'égard des contraintes qu'elles vivent dans l'exercice de leur rôle; 2) du point de vue des IGNI, comprendre ce qui justifie la présence de ces contraintes; et 3) décrire ce qu'elles souhaiteraient vivre à titre de gestionnaire.



L'effet des communautés BDSM sur la santé sexuelle et le bien-être des adeptes de BDSM de la ville de Québec

Charlotte Veilleux

Les politiques en santé publique visent plusieurs groupes marginalisés, notamment les utilisateurs de drogue injectables et les travailleuses du sexe, puisque leurs pratiques sont considérées à « haut risque » pour leur santé. Certains groupes ayant des pratiques à « haut risque » ne sont pas pris en compte. C'est le cas des adeptes de BDSM. Le BDSM est un sigle qui désigne le bondage, la discipline, la domination, la soumission, le sadomasochisme et d'autres pratiques consensuelles, qu'elles soient sexuelles ou non. Les pratiques des adeptes de BDSM sont méconnues et ces derniers vivent de la stigmatisation et de la marginalisation en raison de leurs comportements considérés déviants. Plusieurs adeptes intègrent une communauté BDSM qui permet aux membres de s'informer, de socialiser et d'effectuer leurs pratiques dans un milieu adapté. Le but de notre recherche qualitative est de mieux comprendre l'effet des communautés BDSM la santé sexuelle et le bien-être des adeptes de la ville de Québec. La grille d'analyse postmoderniste fera office de cadre théorique afin de lire, de comprendre et d'interpréter ce sujet dans son contexte contemporain. L'approche de réduction des méfaits et le concept de santé sexuelle seront des thèmes importants au sein de cette analyse. Pour cette présentation, il sera question de la phase conceptuelle de notre recherche en santé publique qui vise à mieux saisir l'effet de la communauté BDSM sur la santé sexuelle et le bien-être de ses membres.



Impacts de mesures politiques et de santé publique liées à la COVID-19 sur la mise en œuvre des directives cliniques et la santé en période périnatale: Protocole en élaboration

Fatemeh KHALAJ

Contexte: La pandémie causée par la COVID-19 a exposé les populations vulnérables à une crise mondiale sans précédent. Les femmes enceintes et leurs fœtus peuvent être particulièrement sensibles aux conséquences de cette crise, qui a transformés l'offre des services périnataux tout en ayant le potentiel d'influencer leur santé. **But:** Évaluer les impacts des mesures liées à la COVID-19 sur les directives cliniques vécues et la santé des femmes enceintes en période périnatale. Trois objectifs permettront d'apprécier les impacts relevant des mesures mises en œuvre au début de la crise de la COVID-19 et ceux vécues au-delà de la première année de cette pandémie en contexte québécois. **Méthodes:** Devis d'étude mixtes avec intégration séquentielle de trois sources, la première étant secondaire à une étude élargie et les deux autres relevant d'une collecte primaire prospective: 1) données secondaires à une étude de cohorte incluant 863 femmes enceintes; 2) sources documentaires sur les directives cliniques et mesures de santé publique liées à la COVID-19; 3) entretiens auprès de mères (n visées = 15) d'enfant né en contexte pandémique. Après avoir complété le questionnaire du Temps 1 entre 10 et 23 semaines de grossesse, les répondantes de l'étude de cohorte des Temps 2 (34 semaines de grossesse) et Temps 3 (6 semaines post date prévue d'accouchement) se sont naturellement distribuées avant et après le début de la crise de la COVID-19. Les indicateurs de santé périnatale retenus visent à expliquer les impacts psychologiques (détresse, anxiété, dépression) et ceux témoignant de difficultés et/ou problèmes de santé mère-enfants (césarienne, poids du bébé à la naissance, mesures obstétricales). Les sources documentaires sont recueillies via sites web et informateurs-clés. Les mères seront invitées à prendre part aux entretiens au moment où la fin de l'état d'urgence sanitaire au Québec sera annoncée. **Analyses :** Les analyses seront adaptées aux objectifs, à la nature des données et de leur intégration. Des analyses descriptives et de régressions segmentés seront effectuées. Des modèles de mesures répétées (mixtes et General Estimation Equation) seront réalisés en considérant l'influence modératrices des pratiques cliniques périnatales relevant des mesures liées à la COVID-19. Les données qualitatives feront l'objet d'une analyse de contenu dirigée avec QDA Miner (Provalis). Les constats issus de l'étude seront complétés par ceux issue des sources documentaires sur l'évolution des mesures liées à la COVID-19 pour ensuite être complétées par les entretiens. **Résultats attendus et conclusion:** Par la combinaison des données issues de l'étude de cohorte périnatale en cours au moment du début de la crise pandémique et de celles à recueillir par entretien lorsqu'elle prendra fin, les résultats mettront à profit une puissance explicative permettant de reconnaître les impacts selon l'évolution des mesures politiques liées à la COVID-19. Les résultats issus de chacune des phases et de leur intégration pourront alimenter les décisions à prendre pour maintenir la santé périnatale et maximiser le développement sain des enfants durant et par-delà le contexte de crise pandémique.



Influence de la COVID-19 sur l'utilisation des services d'éducation prénatale en ligne offerts par des établissements intégrés de santé : Protocole en élaboration

Sountal Mamane Malam Oumar

Les services d'éducation prénatale en ligne (ÉPL), qu'ils soient synchrones ou asynchrones, donnent accès à des apprentissages thématiques numériques visant à informer les femmes enceintes et futurs pères/coparents. Les services d'ÉPL asynchrones offerts par certains établissements intégrés de santé (CISSS/CIUSSS) en complément de leurs services d'éducation prénatale de groupe (ÉPG) abordent les mêmes thèmes liés à la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie avec bébé. Les mesures sanitaires visant à limiter la contagion de la COVID-19 ont obligé la transformation de nombreux services périnataux (Riley et al., 2020), forçant notamment l'arrêt des services d'ÉPG et précipitant l'offre d'ÉPL par une majorité d'organisations de santé au Québec, comme à l'international. Aucune étude n'a jusqu'ici permis de saisir l'influence du contexte pandémique sur l'utilisation des services d'ÉPL, alors que les apprentissages thématiques visés sont d'autant plus déterminants en matière de santé périnatale. **But** : Estimer l'influence des mesures liées à la COVID-19 sur l'utilisation que de futurs parents font des services d'ÉPL offerts par des CISSS/CIUSSS. **Méthode** : Étude quantitative prédictive s'imbriquant à une étude de cohorte élargie auprès de 1209 futurs parents, dont les 991 répondants du T2 (34 semaines de grossesse) se sont naturellement répartis avant (N=833) et après (N= 158) le début de la première vague de la COVID-19. **Analyses** : Suivant les analyses descriptives, des tests de Chi-Carré (Pearson) seront effectués pour vérifier s'il y a une différence d'utilisation selon l'exposition à la COVID-19 au T2. Des régressions seront conduites pour estimer l'influence de la COVID-19 sur l'utilisation des services d'ÉPL, en considérant différentes variables confondantes. Les analyses seront conduites pour les femmes et les futurs pères de manière distinctes. **Retombées attendues** : Alors que les mesures sanitaires ont forcé l'interruption des services d'ÉPG en présentiel, une estimation de l'influence de la COVID-19 sur l'utilisation de services d'ÉPL asynchrone permettra de situer s'il y a eu modification dans le recours à ces services numériques. **Conclusion** : Sachant que le soutien informationnel est un pilier important pour une transition parentale harmonieuse, ces résultats sont d'une importance majeure pour soutenir les décisions quant aux services à privilégier pour maximiser la disponibilité de ce type de soutien en contexte pandémique.



Stratégies d'application des connaissances : Innovation et adaptation en contexte de COVID-19.

Marie-Violaine Dubé Ponte

Contexte : La crise de la COVID-19 accentue l'importance d'intégrer rapidement les résultats de recherche à même les pratiques cliniques. Dans le cadre de recherche privilégiant des approches collaboratives visant à soutenir les décisions de différents utilisateurs de connaissances (UC), il est primordial d'adapter les stratégies au contexte actuel. Objectif : Explorer les facteurs facilitant et contraignant les stratégies d'application des connaissances intégrées (ACi) en contexte de COVID-19. Méthodes : Mobilisation expérientielle d'acteurs de la recherche et d'UC (N=12) impliqués dans une étude collaborative sur les services d'éducation prénatale via rencontres d'équipe, sources documentaires et échanges courriel, entre mars et septembre 2020. Analyse itérative des enjeux et ajustements observés se basant sur le sommaire des stratégies d'ACi et des facteurs d'influence issues de la recension des écrits de Gagliardi et al. (2016). Résultats : Les enjeux spécifiques reliés à la pandémie actuelle s'additionnent aux défis usuels en matière d'ACi. Les ajustements au format, au contenu et à la fréquence des communications ont été planifiés de pair avec les UC pour plus d'accessibilité. Conclusion : Malgré leur nature exploratoire, ces constats ont le potentiel d'inspirer l'adaptation des stratégies d'ACi d'autres projets pouvant contribuer à l'amélioration de la santé des populations.



Les déterminants du maintien des comportements d'activité physique suite à un infarctus du myocarde

Maryse Carpentier

Les maladies cardiovasculaires, particulièrement les maladies coronariennes sont la cause de décès de principale et toujours une cause de morbidité au niveau mondial malgré toutes les avancées au niveau des traitements. Les patients ayant subi un événement cardiaque sont grandement susceptibles de récurrence. La compréhension de la maladie coronarienne comme une maladie chronique permet de penser à l'importance de la trajectoire de soins de ces personnes en incluant la prévention secondaire. Ainsi selon les lignes directrices, après un événement cardiaque aigu, dans le contexte québécois, les patients sont invités à participer à un programme de réadaptation cardiaque (PRC). Au cours du PRC, l'équipe interdisciplinaire vise à amener le patient à être plus autonome dans la prise de décision par rapport à la gestion des auto-soins, particulièrement en lien avec l'activité physique (AP). Par contre, seulement 30 % des patients ayant eu recours à un PRC sont toujours actifs après le congé d'un PRC, et ce à partir de 3 mois de congé. Il se fait donc nécessaire d'identifier les facteurs qui influencent le maintien de l'AP après un PRC. L'identification des déterminants de ce comportement informera les professionnels de la santé sur les interventions à planifier dans la trajectoire de soins de ce patient pour promouvoir le maintien de l'AP. Pour ce faire, nous avons utilisé le cadre théorique-méthodologique proposé par Godin (2012) basé sur la théorie du comportement planifié (TCP). Les variables psychosociales ainsi que le comportement ont été mesurés au début et à la fin de la période du PRC de 3 mois, ainsi que 3 mois après le congé. Les variables influençant la motivation et le comportement seront présentées, ainsi que les pistes pour la planification de futures interventions pour la promotion du maintien du comportement d'AP.



Soins infirmiers et changements climatiques : vers une transformation de la pratique professionnelle

Alexis Mercier, Martin Roberge

La population québécoise n'est pas exempte des contrecoups des changements climatiques : ilots de chaleur de plus en plus nombreux, inondations plus fréquentes, migration de communautés nordiques en raison de la fonte du pergélisol, pour n'en nommer que quelques-uns. Afin d'amoinrir les conséquences de cette crise climatique, tous les acteurs œuvrant dans les établissements sont invités à adopter une pratique environnementalement responsable et à être proactifs dans l'identification des meilleurs soins et services pour les personnes soignées. La conscientisation à ces impacts doit passer par tous les acteurs afin d'espérer une transformation durable des habitudes et des pratiques. Or, les changements climatiques et le développement durable ne sont pas encore intégrés systématiquement dans le cursus académique des infirmières. Conséquemment, ces dernières ne reconnaissent pas systématiquement les enjeux d'inégalités environnementales et ne peuvent ainsi pas adapter optimalement leurs soins aux besoins réels des patients dans un esprit écologiquement responsable. De plus, l'offre de formation continue des établissements de santé demeure pauvre quant aux thématiques d'enjeux environnementaux et de responsabilité environnementale des professionnels de la santé. Cet atelier vise à amorcer une réflexion collective sur la transformation de la pratique professionnelle des infirmières en réponse aux changements climatiques et à identifier des moyens pouvant être mis en place par acteurs du réseau de la santé pour permettre aux infirmières de répondre aux besoins des personnes les plus touchées par les changements climatiques. Une brève revue de la littérature fera état des nouveaux enjeux de la pratique infirmière mis en lumière par les changements climatiques. Une période de discussion en groupes sera ensuite suggérée pour inviter les participants à partager leur expérience face à ces enjeux. Finalement, un partage en grand groupe mènera à l'identification des pistes de solution les plus prometteuses pour la pratique infirmière, l'enseignement, la gestion et la recherche à l'heure de la crise climatique.



Facteurs socioéconomiques et planification avancée des soins de fin de vie

Anouk Bérubé

Selon une étude canadienne, la prévalence de multiples problèmes de santé chronique serait significativement plus élevée chez les personnes issues de quartiers plus pauvres que chez les personnes plus riches, et cela aurait été associé à une augmentation marquée du risque de décès sur deux ans (Lane, Maxwell, Gruneir, Bronskill & Wodchis, 2015). Toujours au Canada, un statut économique plus bas a été associé à une plus grande difficulté d'accès à un médecin de famille (Marshall & al., 2017). Les difficultés d'accès aux soins de santé pour les personnes vulnérables sont bien réelles, mais qu'en est-il pour les soins palliatifs et de fin de vie? De nouvelles études montrent que les personnes à faible revenu, les afro-américains et ceux qui résident dans les quartiers les plus pauvres sont moins susceptibles que les personnes à revenu élevé et les personnes de race blanche d'utiliser des soins palliatifs en fin de vie (Carr, 2012). En effet, les personnes en situation de vulnérabilité socioéconomique auraient l'impression que leurs besoins ne sont pas répondus par le système de santé actuel (Purkey & Mackenzie, 2019 ; Shuman et al, 2018). Elles auraient notamment de l'intérêt pour faire valoir leurs souhaits en fin de vie, notamment envers les directives médicales anticipées et pour recevoir des soins de fin de vie dans un endroit particulier, mais leurs souhaits ne seraient pas respectés. De plus, les personnes isolées socialement sont moins susceptibles d'avoir des membres de leur famille pour les défendre en cas de détérioration de leur santé, d'où l'importance de la planification préalable des soins pour ce groupe. Les directives médicales anticipées représentent un aspect central des soins palliatifs mais se produit rarement avec les personnes sans domicile fixe (Shuman et al, 2018).

Cette revue de littérature a comme objectifs principaux d'explorer les connaissances disponibles sur les connaissances et les attitudes des personnes socio économiquement vulnérables en regard des soins palliatifs et de la planification avancée des soins de fin de vie, et d'explorer l'influence des facteurs socio-économiques (incluant la littératie en santé) sur le fait d'avoir une planification avancée des soins de fin de vie.



Améliorer les pratiques de soins aux services d'urgence lors de la fausse couche : Présentation d'une approche participative d'élaboration d'intervention

Tina Emond

Introduction : Une grossesse sur cinq se termine par une fausse couche¹. Les parents qui y sont confrontés se présentent généralement aux services d'urgence pour être pris en charge et cette visite constitue souvent leur seule occasion pour bénéficier d'un soutien informatif et émotionnel². Les rares études s'étant intéressées à l'expérience des parents lors d'une fausse couche aux services d'urgence rapportent une insatisfaction quant aux soins reçus². Il existe très peu de recherches d'intervention visant à améliorer les pratiques de soins aux services d'urgence pour les parents.

Objectifs : Élaborer un programme d'intervention visant à optimiser les pratiques de soins aux services d'urgence lors d'une fausse couche en misant sur la participation de parents et d'intervenants-clés.

Méthode : Cette recherche s'est déroulée en partenariat avec un service d'urgence d'un hôpital du Nouveau-Brunswick. L'approche participative a été mobilisée pour élaborer un modèle logique d'intervention d'approche.³ Les étapes ont consisté en (1) une étude qualitative auprès de parents et d'infirmières (N=26) pour décrire les besoins des parents lors d'une fausse couche aux services d'urgence et (2) en l'élaboration de l'intervention dans le cadre d'ateliers participatifs tenus avec des parents, des professionnels de santé et des gestionnaires des services d'urgence (N=17).

Résultats : Les besoins des parents ont été identifiés et ont mis en évidence la faible considération de l'état émotionnel des parents, les lacunes dans l'information transmise et la méconnaissance de lignes directrices existantes. L'intervention élaborée comprend 3 volets : la formation des professionnels des services d'urgence à l'égard des soins à offrir lors de la fausse couche, la mise à disposition d'outils d'information et d'enseignement ainsi que l'implantation d'un suivi systématique pour les parents.

Conclusion : La participation des parents et des intervenants-clés a permis de décrire avec précision l'expérience des parents, le contexte de soins et de dégager des stratégies pouvant être réalistement implantées et améliorer la qualité des soins. L'approche participative a permis de susciter des prises de conscience dans le milieu de soins et ainsi que l'appropriation de l'intervention développée.



Des jeunes au chevet de leurs proches atteints de cancer

Annie-Claude Harvey

On estime que 1,9 million de Canadiens âgés de 15 à 24 ans ont fourni des soins à un proche en 2012. Or, aucune donnée n'est disponible en regard des jeunes de moins de 15 ans. Le cancer est la deuxième raison la plus souvent évoquée pour expliquer les soins prodigués par les jeunes. Ces jeunes sont dans une période de transition importante de leur vie, marquée par le développement identitaire et des quêtes multiples. Cette période de la vie des jeunes aidants peut être difficile voire souffrante en raison de leurs responsabilités de soins. Un besoin en recherche existe pour comprendre de quelle manière prendre soin d'un proche peut influencer le développement d'un jeune et dans quelles circonstances cela peut être préjudiciable. L'objectif principal de ce projet est d'acquérir une compréhension approfondie des expériences vécues des jeunes proches aidants qui prennent soin d'un adulte atteint de cancer. Une méthodologie qualitative, empirico-inductive, est nécessaire pour mieux comprendre les vécus expérientiels complexes des jeunes proches aidants. 15 entretiens individuels seront réalisés avec des personnes qui sont présentement, ou qui ont été, l'aidant d'un proche atteint de cancer alors qu'ils étaient âgés entre 12 et 25 ans. Cette étude permettra de mettre en lumière ces jeunes aidants qui étaient auparavant invisibles. Les résultats de cette recherche pourront guider les prises de décisions en matière d'organisation des soins et services de santé pour soutenir les jeunes proches aidants de personnes atteintes de cancer et le développement d'interventions adaptées à leurs besoins.



Création de profils de personnes vulnérables ou à risque de le devenir pour améliorer les décisions de soins en respect des valeurs et préférences

Ariane Plaisance

Le CISSS de Chaudière-Appalaches a entrepris une démarche visant l'amélioration des décisions de soins en respect des valeurs et préférences. En 2017, il mandatait la direction des services professionnels d'adapter le gabarit de politique fourni par l'INESSS dans le guide *Les niveaux de soins: normes et standards de qualité* au contexte régional. Un comité interdisciplinaire a été créé. Ce comité a dressé un portrait des pratiques actuelles en lien avec les niveaux de soins (sondage auprès des médecins, entrevues avec des travailleurs sociaux, des infirmières et des proches de patients récemment décédés, audit de dossiers). Puis, il a souhaité clarifier le profil des personnes qui devraient prioritairement partager leurs valeurs et préférences lorsqu'elles sollicitent des services. Les étapes du *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux* de l'INESSS ont été appliquées soit la sélection d'un groupe d'experts, la définition de la problématique, la consultation des guides de pratique existants, la collecte et l'analyse de données contextuelles et expérientielles et le processus délibératif. Trois outils de stratification de la clientèle ont été choisis (Fraser Health Authority, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Campagne canadienne Parlons-en). La triangulation de ces outils, du guide *Les niveaux de soins: normes et standards de qualité* et des résultats du portrait des pratiques a permis de dégager une ébauche de profils de personnes, des buts de l'intervention, des moments clés du continuum de soins et des responsabilités des principaux acteurs. De nombreuses itérations entre les membres du comité ont ensuite permis l'émergence d'une version finale. Les six profils seront détaillés pendant la présentation. L'utilisation d'une méthodologie rigoureuse a permis l'identification de six profils envers qui des gestes précis sont attendus pour tendre vers l'amélioration des décisions de soins en respect des valeurs et préférences.



Télésanté en contexte de pandémie et de déconfinement : Pratiques infirmières innovantes et partenariats pour des communautés équitables, sécuritaires et durables

Sabrina Picard

La télésanté connaît un essor fulgurant en ce contexte de pandémie. Or, en cette période d'insécurité mondiale, la santé préventive reprend ses droits. En période de déconfinement, la discipline et la cohésion sociale peuvent se relâcher. Cette enquête sociale vise à décrire un programme d'intervention à distance, réalisé en partenariat avec des locataires de logement communautaire, des infirmières et des étudiantes pour soutenir la littératie en santé au temps de la COVID-19. Le *Programme de déconfinement en toute sécurité* vise à renforcer les mesures préventives et de soutien avec des groupes en contexte de vulnérabilités économiques et sociales à l'aide de la télésanté. Les infirmières ont développé des pratiques cliniques et psychosociales et renforcé la littératie en santé, soutenant les mesures de santé publique post-COVID-19, surveillant l'éclosion de nouveaux foyers et apaisant les souffrances issues du confinement. À l'aide de cibles de performance des systèmes de santé et d'une perspective de justice sociale, nous avons documenté les défis, les leviers et les menaces à l'usage des pratiques à distance en prévention. Vecteur d'une approche intégrée, la télésanté préventive peut cibler simultanément, la lutte contre les maladies non transmissibles et transmissibles et les inégalités. La pandémie de COVID-19 renvoie à un nouvel équilibre des enjeux qui exige un accompagnement et des pratiques de santé communautaire engagées et critiques.



Le rétablissement expérientiel post-infarctus du myocarde chez les femmes : une étude descriptive

Cynthia Savard

L'infarctus du myocarde (IM) est un événement majeur qui requiert d'importants ajustements chez la personne. Compte tenu du taux d'incidence de l'IM, le rétablissement post-infarctus représente un phénomène qui doit être bien connu, bien compris et bien soutenu par les clinicien(ne)s. D'une part, le rétablissement clinique post-infarctus est celui qui prédomine dans les domaines de l'intervention et de la recherche. Ce type de rétablissement met notamment l'accent sur une approche plutôt standardisée du retour à la santé où la réduction de symptômes et la reprise de rôles sont mises de l'avant, le tout reposant sur une expérience de maladie qui n'exclut pas le pouvoir d'agir de la personne mais qui tend à le circonscrire dans un cadre d'adaptation à la maladie ou d'expérience de la maladie. D'autre part, la conjugaison du rétablissement de l'infarctus du myocarde au féminin s'insère dans un contexte de différences entre les hommes et les femmes à l'égard de plusieurs paramètres, dont des facteurs de risque, des manifestations cliniques, des mesures de diagnostic et de traitement ainsi que l'évolution de l'infarctus du myocarde. Relativement à la compréhension de ce phénomène, les deux tiers des études actuelles ont été réalisées chez les hommes et ensuite généralisées aux femmes.

Le rétablissement post-infarctus va au-delà du retour à la santé. En effet, le rétablissement renvoie aussi à l'idée d'une expérience de vie, c'est-à-dire d'avoir une vie tout en ayant « fait » un infarctus du myocarde. Il s'agit d'un rétablissement qui est de nature expérientielle et qui repose sur le vécu et la singularité du rétablissement tout en mettant à l'avant-plan le point de vue des personnes aux prises avec l'IM. Ce type de rétablissement est largement connu en santé mentale et le mémoire emprunte à ce domaine une théorie à large spectre. À partir de cette théorie, l'étude vise à générer une théorie de niveau intermédiaire sur le rétablissement expérientiel post-infarctus qui porte attention aux aspects multidimensionnels et singuliers de ce phénomène. De la nouvelle théorie dérivera de multiples dimensions du rétablissement expérientiel post-infarctus qui recouperont le rapport à soi, au temps, aux autres, au pouvoir d'agir et à la communauté.

Au cœur de ce mémoire est l'idée d'en savoir davantage sur le vécu des femmes en matière de rétablissement post-infarctus. Ceci représente un enjeu important et non résolu puisque la compréhension du rétablissement expérientiel post-infarctus est plutôt superficielle, et cela en raison de trois facteurs. Tout d'abord, le rétablissement expérientiel représente un nouveau champ d'investigation en période post-infarctus du myocarde, peu d'études s'y étant intéressées. Deuxièmement, les théories descriptives sur le rétablissement expérientiel post-infarctus demandent à être davantage validées chez les femmes, notamment pour saisir plus clairement le vécu féminin à l'aide d'échantillons strictement composés de femmes. Outre l'aspect méthodologique, les dimensions du rétablissement expérientiel post-infarctus demeurent peu investiguées et peu comprises, notamment chez les femmes qui ont des éléments de vécu qui leur sont spécifiques et les différencient des hommes.

Relativement à la méthodologie, le devis descriptif de recherche de type qualitatif permet d'explorer l'expérience du rétablissement à la suite de l'IM, tel que vécu par les femmes. Un



échantillon de convenance de 10 femmes est prévu. Afin d'être éligibles à l'étude, les femmes doivent avoir entre 35 et 64 ans, avoir vécu un IM dans les six derniers mois, participer ou non à un programme de réadaptation cardiaque, parler français ou anglais et être ouverte à partager leur expérience. Les femmes ayant des antécédents de trouble de dépression caractérisé et les femmes ayant fait plus d'un IM sont exclues. Dépendamment de l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'IUCPQ/consentement des femmes, le recrutement sera fait au sein d'une clinique externe de cardiologie de l'IUCPQ. Une entrevue individuelle est réalisée avec chaque femme, et cela à l'aide d'un guide d'entrevue semi-dirigée construit par l'auteure en collaboration avec les membres du comité aviseur. Ce guide comprend des questions ouvertes ciblant les dimensions du rétablissement expérientiel, le rapport à soi et aux autres à titre d'exemples dont les données sont l'objet d'une analyse de contenu.



Repenser l'éthique du care pour la pratique infirmière contemporaine

Annie-Claude Laurin

Une population vieillissante, la présence massive de femmes sur le marché du travail et une diminution des fonds investis dans le milieu de la santé laissent présager une véritable « crise du care » (Bourgault, 2015). Si la notion de *care* fait partie intégrante du savoir infirmier et qu'elle est de plein fouet associée à l'identité infirmière, il persiste une certaine réticence à adopter l'éthique du *care* dans la discipline. Issue de la pensée féministe, ayant vu le jour en psychologie morale et par la suite mobilisée dans des domaines variés, l'éthique du *care*, à titre de courant, d'outil, associée à la théorie critique de la société, permet notamment d'ébranler l'idéologie néolibérale qui dans notre monde contemporain s'est instillée dans toutes les sphères de l'activité humaine. Les réflexions issues de ce courant reconnaissent la vulnérabilité et le besoin de prendre soin en tant que besoin universel. L'éthique du *care* s'intéresse aux pratiques relationnelles, met en garde contre les dérives idéologiques qui dévalorisent le soin et l'instrumentalise selon des normes managériales de rentabilité. Enfin, l'éthique du *care* remet en cause la séparation entre morale et politique en privilégiant la voix des exclus, dont celle des infirmières. À partir des écrits phares de ce courant, une courte généalogie de l'éthique du *care* sera présentée pour ensuite proposer une conceptualisation qui s'arrime à la discipline infirmière contemporaine, en tant qu'outil d'engagement dans la sphère publique.



Le déploiement du professionnalisme infirmier : comment dessiner une trajectoire entre l'étudiante et la professionnelle pour promouvoir la sécurité durable des patients et le plein développement de la pratique?

Sarah Drolet

En tant qu'actrices essentielles du système de santé, les infirmières sont reconnues comme ayant un grand potentiel d'impact en ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins (American Association of Colleges of Nursing, 2008). Que ce soit au niveau de la clinique ou encore de la gestion, les infirmières doivent avoir les compétences nécessaires pour offrir des soins basés sur une culture de sécurité durable. Cet apprentissage devrait avoir lieu lors de leur formation académique pour ensuite se transposer dans de leur trajectoire professionnelle. Il a été suggéré par St-Germain, Bélanger, Côté, et Gagnon (2020) que le développement de la conscience professionnelle pourrait améliorer la sécurité des soins aux patients. Mais comment peut-on définir la conscience professionnelle, comment se bâtit-elle et évolue-t-elle selon les différents stades d'acquisition de compétences selon Benner (2005), traduisant une trajectoire professionnelle? Cette recension des écrits se veut une exploration du concept de professionnalisme infirmier en lien à la sécurité des patients dans une perspective humaniste de plein développement professionnel.



Stratégie de remédiation pour les étudiants du baccalauréat en sciences infirmières

Anne-Rosie Pelletier

Les étudiants au baccalauréat en sciences infirmières qui se retrouvent en situation de difficultés académiques n'ont actuellement aucune ressource définie pour leur permettre de développer et maîtriser les compétences infirmières. Dans l'optique de développer la trajectoire de compétences attendues du programme de baccalauréat, ce projet vise à effectuer une revue intégrative des stratégies de remédiation pour les étudiantes et étudiants en sciences infirmières.

Cette étude revue de littérature a suivi un devis de revue systématique mixte. Les bases de données pertinentes au domaine de l'éducation et des sciences de la santé ont été analysées de 2000 à 2020 : Education Source, ERIC, CINAHL, Embase, Medline. La stratégie de recherche a été basée sur les catégories suivantes : 1) stratégies de remédiation; 2) sciences infirmières; et 3) évaluation. De plus une analyse de la littérature grise et des politiques d'autres établissements universitaires a été effectuée. Les données seront extraites suivant les critères de l'énoncé PRISMA (Moher & al., 2009).

Au total, 34 études originales et trois documents de la littérature grise ont été retenus. De ces études, les principales stratégies de remédiation en sciences infirmières sont un contrat d'apprentissages entre l'apprenant et la faculté (Gallant & al., 2006), le tutorat (Freeman & All, 2017) et la simulation (Cole & Adams, 2014). Une stratégie de remédiation sera efficace dans la mesure où elle s'adapte aux besoins de l'étudiant. Dans ce cas, elle permet à la personne d'améliorer ses résultats et de développer des stratégies d'études efficaces (Blowers et al., 2003). Au final, l'intégration de stratégies de remédiation de manière formelle dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université Laval permettrait d'améliorer la trajectoire de compétences des étudiantes qui présentent des difficultés dans leur parcours universitaire. Cela leur permettra aussi de transposer ces stratégies pour poursuivre leur développement professionnel.



L'humanisation des soins intensifs

Stéphanie Gareau

Cet exposé présentera un projet de recherche en cours basé sur un modèle d'humanisation de soins critiques.^{1,2} Ce modèle est construit dans une perspective holistique et englobe le patient partenaire mais aussi sa famille et l'ensemble des prestataires de soins afin d'humaniser le contexte de soins critiques.^{2,3} Le projet en question est un examen de la portée, soit un type de revue visant à explorer la littérature disponible sur le sujet et évaluer la faisabilité d'une revue systématique sur les interventions visant à humaniser les soins intensifs. La revue systématique et l'examen de la portée seront abordés dans la présentation, ainsi que la présentation du modèle d'humanisation des soins critiques.² Enfin, la présentation abordera également les adaptations numériques déployées afin de pallier aux restrictions imposées par le contexte de la pandémie.^{4,5} Celles-ci seront présentées à travers le spectre du modèle de La Calle afin de servir d'exemples tangibles et favoriser la compréhension du modèle.



L'ingéniosité de semelles connectées pour le repérage et le suivi des aînés fragiles ou ceux à risque de fragilité.

Marie-Paule Razanadraibe

La fragilité du sujet âgé est un syndrome clinique qui se traduit par une diminution des réserves physiologiques de l'individu et, par une altération des mécanismes d'adaptation au stress (Fried et al., 2001 ; Rockwood et al., 2005) ce qui augmente la survenue d'évènements péjoratifs tels que les chutes, le déclin fonctionnel, les hospitalisations, les entrées en institution et la mortalité. Cliniquement, la fragilité peut présenter les signes ou symptômes définis par les 5 critères de Fried : la perte de poids involontaire, la fatigue, la vitesse de marche lente, la faiblesse musculaire et le comportement sédentaire. En utilisant la technologie, la détection d'un état fragile d'une personne âgée est réalisable par une surveillance de certains de ces paramètres physiologiques et comportementaux à distance. Ainsi, à l'aide d'outil numérique utilisable en santé comme les semelles connectées, certains évènements péjoratifs peuvent être identifiés et traités dès les premiers signes . Le but de cette présentation est de mettre en relation la technologie et le suivi clinique des personnes âgées fragiles ou à risque de fragilité vivant en communauté.



Description et comparaison de la gestion des risques et de l'organisation des soins aux vagues 1 et 2 de la COVID-19 au CHU de Québec-Université Laval. Que peut-on dire des trajectoires ?

Michèle Ricard

Les vagues 1 et 2 de la pandémie de covid-19 ont généré une réorganisation significative des soins et services partout sur la planète. La nature, la portée et la durée de cette réorganisation ont varié entre les vagues et entre les établissements en fonction de plusieurs facteurs.

Comment peut-on décrire respectivement ces deux vagues ?

Comment le plus CHU francophone du Canada a vécu les vagues de pandémie au plan humain, clinique et en matière de gestion des risques ?

Et qu'en est-il des trajectoires des patients ?



Interhospital patient transfer: a scoping review protocol

Fabian Severino

Introduction : Le nombre de transferts interhospitaliers a considérablement augmenté au cours des dernières années et il est important de considérer que cette activité a un impact important sur la trajectoire de soins à court et à long terme. Un bon transport doit assurer la stabilité clinique du patient et éviter l'occurrence d'évènements indésirables. Ainsi, on retrouve un nombre grandissant d'articles abordant le sujet, mais les recommandations pour un transfert sécuritaire varient selon les pays, les organisations et les auteurs. La compréhension de cette activité à la lumière d'une perspective théorique de qualité de soins, comme le modèle de Donabedian, permet d'identifier des éléments clés pouvant contribuer à la qualité du transport. Objectif : Cette présentation portera sur les résultats préliminaires d'une étude du type d'examen de la portée (scoping review) qui vise à identifier les éléments-clés du transfert interhospitalier de patients les plus abordés dans la littérature selon les trois concepts du modèle de Donabedian pour assurer un transfert sécuritaire et de qualité. Méthode : Cet examen de la portée suit la méthodologie du Joana Briggs Institute et inclut les bases de données Medline et Cinahl ainsi que la littérature grise des dix dernières années. Des études quantitatives, qualitatives et de méthodes mixtes, des revues systématiques, des lignes directrices, des textes et des documents d'opinion qui concernent le transfert interhospitalier de patients hospitalisés âgés de plus de 14 ans, en anglais ou en français sont inclus. Pour les études retenues, les éléments relatifs au transport sont extraits selon les 3 domaines du modèle de Donabedian : Structure, Processus et Résultats. Résultats : Concernant la structure, plusieurs modèles proposant des infrastructures complètes dédiées aux transferts améliore ceux-ci. Aussi, des équipes de transfert spécialisées, ayant reçu une formation spécifique, réduisent le risque d'évènements indésirables, en plus de diminuer la longueur de séjour aux soins intensifs. Concernant le processus, l'implantation de listes de vérifications pour le transfert augmente la sécurité des transferts de patients. Aussi, le niveau de soins prodigués ne devrait pas diminuer lors d'un transfert interhospitalier. Pour les résultats, plusieurs éléments-clés tels que les incidents, les délais et la durée de séjour ont été répertoriés. Retombées : cette étude contribuera à identifier les éléments les plus discutés dans la littérature sur le transport interhospitalier ainsi qu'à identifier de potentielles questions pour une revue systématique future.



Validation de l'échelle CPOT et de l'échelle RASS chez les personnes sous sédation palliative continue

Philippe Bérubé-Mercier

Les meilleures [PBM1] [PBM2] pratiques en matière de sédation palliative continue (SPC) suggèrent l'utilisation d'échelles pour surveiller la présence de douleur et l'état de conscience. Aucune échelle n'est actuellement validée pour évaluer la douleur chez ces patients. L'échelle d'agitation-sédation de Richmond (RASS) a quant à elle fait l'objet d'une seule validation chez les patients recevant des soins palliatifs. But: Évaluer les qualités psychométriques de l'échelle *Critical-care Pain Observation Tool* (CPOT) et de l'échelle RASS chez des patients en fin de vie sous sédation palliative continue. Méthode: Une étude de cohorte rétrospective entre décembre 2016 et janvier 2019 a été menée dans un milieu de soins palliatifs de la région de Québec. Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de 18 ans et plus en fin de vie (pronostic ≤ 2 semaines), non-communicant et sous sédation palliative continue. La cohérence interne de l'échelle CPOT a été évaluée par l'entremise de l'alpha de Cronbach. La validité discriminante de l'échelle CPOT et de l'échelle RASS a été mesurée par le test de Friedman. Un chi-carré a aussi été mesuré pour voir si le CPOT est capable de détecter la présence de douleur chez les patients sous haute sédation. Résultats: 47 dossiers ont été inclus dans l'étude. Tous les items de l'échelle CPOT ainsi que le score total ont obtenu un alpha de Cronbach de modéré à acceptable à l'exception de l'item Mouvements corporels qui a obtenu un alpha de Cronbach faible. Suite au test de Friedman, l'échelle CPOT et l'échelle RASS sembleraient avoir une bonne validité discriminante. De plus, les résultats portent à croire que l'échelle CPOT est capable de détecter un changement au niveau de la douleur, même si le patient est fortement sédationné. Conclusion: Selon les résultats obtenus, l'échelle CPOT semblerait être, à première vue, fidèle et capable de détecter la présence de douleur chez les personnes sous forte sédation. Aussi, l'échelle RASS semblerait être capable de détecter les changements dans le niveau de conscience chez cette même clientèle. Toutefois, d'autres études doivent être menées afin d'évaluer d'autres propriétés psychométriques de ces échelles.



Par quel bout prendre l'intelligence dans le domaine de la santé durant les crises sanitaires ?

Marietou Niang

Depuis des décennies, le concept d'intelligence est utilisé de plus en plus dans le domaine de la santé. Outre le fait qu'il soit un *buzzword*, l'intelligence (artificielle, technologique ou numérique) dans les trajectoires de soins est devenue un impératif pour améliorer les services et la réactivité des systèmes de santé, surtout en raison de la complexité du secteur de la santé. Cependant, l'intelligence dans ce domaine est souvent orientée dans un paradigme purement technique ou économique dans lequel l'accent est mis sur les produits et les procédés. Ainsi, peu d'attention est alors accordé aux utilisateurs potentiels et aux contextes d'implantation et d'adoption et à leurs interdépendances. Cela pose des défis et enjeux considérables surtout pour la pérennisation et le passage à l'échelle des innovations intelligentes. En s'appuyant sur la littérature scientifique portant sur les crises sanitaires de Covid-19 et d'Ebola, cette présentation essaie d'abord d'examiner la nature et les finalités des innovations intelligentes et leur alignement avec les principes de la santé publique/communautaire. Ensuite, dans une visée épistémologique, nous proposons un repositionnement des trajectoires intelligentes en santé dans un paradigme social. En nous alignant dans une perspective humaniste et systémique, nous soutenons que l'intelligence en santé devrait être comprise à travers une relation complexe entre les humains et les non-humains et comme un processus collectif et capabilisant. Pour conclure, nous relèverons certains rôles que la santé publique/communautaire pourrait assumer pour créer de la valeur sociale dans les processus de création et d'implantation d'innovations intelligentes durant les crises sanitaires.



Développement et validation d'un outil d'évaluation de la pratique infirmière par le patient-expert dans le suivi de maladies chroniques en soins de première ligne

Élizabeth Scott

Les maladies chroniques sont responsables de 41 millions de décès annuellement dans le monde, ce qui représentent 71% des décès³. Les maladies chroniques affectent la qualité de vie des individus touchés et nécessitent des soins de santé primaires en continus⁶. Il est prouvé que pour garantir des résultats en soins de santé et pour optimiser les ressources d'un système prestataire de soins et de services de santé, il est essentiel d'améliorer la qualité des soins et des pratiques, et pour ce faire, il faut en faire l'évaluation⁴. De plus, la participation active des patients et de leur famille est un élément fondamental pour améliorer les soins de santé². L'évaluation de la qualité des soins est d'une grande importance pour s'assurer de l'intégration adéquate des données probantes, des bonnes pratiques cliniques et de la performance et la valeur d'un système de santé⁵.

But : Ce projet sera de développer et valider un outil d'évaluation par le patient de la qualité des pratiques infirmières en première ligne pour le suivi des maladies chroniques.

Méthodes : L'outil, qui prendra la forme d'un questionnaire, sera développé à partir de lignes directrices des principales maladies chroniques rencontrées en première ligne (ex : diabète, hypertension artérielle, dépression, etc.). Les phases de validation suivront les étapes méthodologiques selon « Standards for Educational and Psychological Testing »¹. La validation de contenu se fera en collaboration avec un comité d'experts scientifiques ainsi que le comité d'usagers du CIUSSS-CN. Par la suite, le questionnaire sera administré (n=100) sous forme informatisée afin de recueillir des résultats en vue des analyses statistiques à réaliser afin de déterminer la qualité de l'outil développé. L'échantillon (n=100) pour ces analyses sera recueilli auprès de la liste d'envoi de l'université Laval, en raison du contexte Covid qui sévit présentement. Pour ce qui est des analyses statistiques, une analyse de réduction des items, l'analyse factorielle exploratoire ainsi que l'alpha de Cronbach seront utilisées. Ensuite, la validité de critère prédictive sera utilisée afin de voir s'il existe une corrélation entre la satisfaction des patients et la qualité des soins.

Retombées anticipées : L'outil développé permettra d'impliquer les patients dans leur trajectoire de soins, de connaître et valoriser leur opinion face aux soins reçus. Ce projet est un des rares à impliquer les patients dans l'évaluation clinique. En raison d'un questionnaire bien construit et validé, les gestionnaires seront beaucoup plus enclins à prendre en compte l'opinion des patients, ce qui favorisera l'expérience de partenariat qui est primordiale pour implanter un système de santé orienté vers le patient. Les infirmières auront des preuves tangibles qu'elles sont essentielles dans le système de santé et que la qualité de leurs soins entraîne des résultats favorables à la santé des populations.



L'impact de l'évaluation et l'intervention infirmière dans l'utilisation du protocole de détresse respiratoire (PDR) chez les patients âgés et en fin de vie.

Marie-Eve Cimon

La dyspnée est une expérience subjective multidimensionnelle, se présentant telle une sensation d'essoufflement variant en intensité (1). Sa prévalence s'élève entre 78 à 95% chez les personnes en fin de vie (2). Si elle n'est pas bien dépistée et contrôlée, elle peut engendrer des épisodes de « détresse respiratoire », soit une détérioration respiratoire aiguë et sévère en association à des comportements physiques. Elle se pallie, au Québec, avec l'administration du PDR, composé d'un narcotique, d'un sédatif et d'un anticholinergique à fortes doses. Le protocole prescrit est administré, au besoin, par une infirmière. Son utilisation varie selon les milieux cliniques (1% à 53%) (3). Où sa prévalence est élevée, il est souvent administré en l'absence des conditions d'admissibilité requises (4-5). Le but de cette étude est d'évaluer l'impact des évaluations et des interventions infirmières sur l'utilisation du PDR dans les milieux cliniques à Québec. Ce projet s'inscrit dans une étude de cohorte rétrospective réalisée dans 4 différents milieux de soins de la région de Québec ayant pour échantillon des dossiers médicaux de patients âgés décédés (n=500). Les données quant aux évaluations et aux interventions relatives à chaque symptôme (VI) sont collectées par 24h sur un continuum de 7 jours précédant le décès du patient. Aussi, le nombre de PDR administrés (VD) ainsi que les critères d'admissibilité et les motifs d'administration sont collectés. L'évaluation et l'intervention infirmière seront mis en relation avec l'utilisation du PDR, à l'aide d'une régression logistique réalisée par le logiciel SPSS. Cette étude permettra de décrire la contribution des activités infirmières dans l'utilisation du PDR et des recommandations cliniques concernant la surveillance et la prise en charge des patients dyspnéique en fin de vie pourront être produites.



L'impact des technologies sur l'expérience de deuil en temps de pandémie : Une revue de type scoping

Julia Masella

Introduction : Pour limiter la propagation de la COVID-19, des restrictions de déplacements ou de visites ont été mises en place partout dans le monde. Plus particulièrement, dans les milieux hospitaliers, les visites pour les personnes hospitalisées en fin de vie ont été diminuées voire interdites¹⁻²⁻³. Pour pallier cet isolement et les difficultés émotionnelles qui lui sont liées, certaines familles et milieux de soins ont décidé de recourir à des moyens de communication virtuels afin de permettre aux familles de rester en contact avec leurs proches et de pouvoir les accompagner dans les derniers instants de leur vie¹. À la suite du décès de leur proche, les familles font face aux restrictions des rituels funéraires. Ces changements sanitaires engendrent chez certains une détresse en raison du manque de soutien lors de ces moments de deuil⁴.

Objectif : Cet article a pour but de présenter les résultats d'une revue de littérature inspirée de la méthode *scoping* visant à documenter les impacts de l'utilisation des technologies virtuelles sur l'expérience de deuil de proches de personnes décédées lors de la pandémie COVID-19.

Méthode : Une recherche dans les bases de données Embase, PubMed, CINAHL et Web of Science a été réalisée le 20 novembre 2020 suivie d'une veille le 10 décembre 2020. Les critères d'inclusion étaient des études scientifiques qualitative et/ou quantitative portant sur l'utilisation de technologies virtuelles en fin de vie et sur l'impact que celles-ci ont sur le deuil, l'anxiété ou l'état de santé psychologique des proches endeuillés en temps de pandémie COVID-19.

Résultats : Les recherches dans les bases de données ont apporté 344 références. Une fois les duplicatas retirés et la première étape de sélection terminée, 55 références ont été retenues. Au terme du deuxième processus de sélection, 4 articles ont été retenus et analysés. Les résultats suggèrent que l'utilisation de moyens technologiques virtuels apporterait un impact positif sur l'état psychologique du patient en fin de vie². Les personnes n'ayant pas eu accès à ces moyens pourraient quant à elles ressentir une certaine frustration quant au fait de ne pas avoir pu dire au revoir à leur proche¹. La vidéo a été préférée à l'audio car elle leur permettait de connaître et de mieux apprécier l'état physique de leur proche³.

Discussion : Ces méthodes de communication peuvent constituer un moyen complémentaire efficace pour répondre aux besoins des patients et des proches, notamment lorsque ces derniers ne peuvent se déplacer⁵ pour des raisons de sécurité ou de distance géographique.



La relation infirmière -patient: une approche dialectique du soin relationnel et des contraintes vécues par les infirmières soignantes dans les centres hospitaliers canadiens

Vicky Doiron

La pratique des soins infirmiers est associée à une vaste gamme de contraintes qui ébranlent la relation infirmière-patient. Cette relation, qui est le véhicule du soin relationnel, est pourtant essentielle à la prestation des soins infirmiers, en plus d'être au cœur des écrits théoriques de la discipline. Les contraintes auxquelles les infirmières font face sont bien souvent hors de leur contrôle parce qu'elles sont de nature contextuelle. L'environnement de travail délétère, la surcharge de travail et la technicisation du soin nourrissent notamment ce système de contraintes qui pèsent sur les infirmières et qui découlent entre autres de politiques issues de la gouvernance de type entrepreneuriale qui a investi les hôpitaux canadiens. En effet, les centres hospitaliers sont gérés telles des entreprises soutenant des objectifs d'efficacité, de rentabilité et de performance. La main-d'œuvre des hôpitaux constitue leurs plus grandes dépenses et la plus grande proportion de cette main-d'œuvre est composée d'infirmières. Les soins infirmiers sont donc fortement influencés par ces nouvelles méthodes de gestion. De plus, le soin relationnel est dévalorisé dans un tel contexte puisqu'il est entre autres catalogué d'improductif et ne permettrait pas de résultats tangibles aux yeux des dirigeants.

Les infirmières tentent de s'adapter à ce contexte en faisant notamment preuve d'un professionnalisme hybride, c'est-à-dire en juxtaposant des valeurs organisationnelles à celles inculquées par leur formation. Par ailleurs, les valeurs qui guident les actions des infirmières ont été inculquées lors de leur formation initiale et sont bien présentes dans leur code de déontologie professionnelle. Puisque le bien-être des patients n'est pas nécessairement associé à celui des institutions, un dualisme de valeurs surgit – l'infirmière vaquant à ses responsabilités factuelles et administratives bien souvent aux dépens de celles relationnelles. Les contraintes auxquelles les infirmières font face raccourciraient donc les périodes de temps pour avoir un contact avec leur patient, décourageant ainsi l'investissement affectif des infirmières. Cette étude critique mobilisera une approche dialectique qui vise une meilleure prise de conscience des contraintes que vivent les infirmières, une compréhension rigoureuse de la manière dont les infirmières pourraient évoluer dans un contexte de soin contradictoire tout en ayant une nouvelle conception du problème. En effet, l'approche dialectique constitue une méthodologie novatrice qui emprunte une figure de thèse-antithèse-synthèse qui permet de démasquer les tensions issues de contradictions. Ainsi, la thèse de l'importance de la relation infirmière-patient et du soin relationnel juxtaposée à l'antithèse des contraintes vécues permettra l'élaboration d'une synthèse qui servira à mieux saisir la problématique, ainsi qu'à développer des stratégies d'adaptation dans le but d'articuler des changements. Cette étude pourrait donc contribuer à soutenir les infirmières, à préserver l'idéal normatif infirmier de la relation infirmière-patient, et ce, malgré l'environnement de soin contraignant dans lequel elles évoluent.



La technologie dans les soins : béquille ou outil indispensable?

Karyne Duval

Nous assistons à un essor technologique fulgurant et le système de santé peut en bénéficier. L'intégration de nouveaux outils technologiques peut être très utile pour établir et assurer une trajectoire de suivi intelligente, surtout pour les patients atteints de maladies chroniques, étant très susceptibles de souffrir d'épisodes de décompensation clinique. Une trajectoire intelligente qui intègre la technologie permettrait d'assister ces patients à mieux intégrer leur plan de traitement dans leur quotidien et même les aider à détecter précocement les signes avant-coureurs de décompensation pour chercher de l'aide au moment opportun. Malgré tous les bénéfices potentiels de l'utilisation de la technologie en santé et dans le suivi infirmier de ces patients, une réflexion critique s'impose, surtout dans le contexte actuel marqué par la pénurie de main d'œuvre infirmière. La technologie doit être perçue comme une aide potentielle ou un instrument facilitateur de soins, et non comme une substitution ou un outil pour pallier les lacunes dans la gestion du personnel infirmier. Cette présentation se veut une analyse critique de la place de la technologie, de plus en plus prédominante dans les soins, dans une perspective de contribution à l'établissement d'une trajectoire intelligente de patients atteints de maladies chroniques.