

S@voir inf.

QUALITÉ DES SOINS ET
SÉCURITÉ DES PATIENTS

Mars 2021



SIDIET
CATALYSEUR
DE PROGRÈS

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Éditorial

En préambule, la plupart des articles de ce *S@voir Inf. – Qualité des soins et sécurité de patients* s'inscrivent dans le cadre d'un processus rapide de développement des connaissances scientifiques liées à la pandémie de la COVID-19. Cette pandémie a généré de nombreuses recherches et publications de qualité variable dans un temps restreint. Cette situation pose de nombreuses questions et génère de nombreux débats professionnels et publics. Deux résumés critiques pourraient alimenter ce débat de la COVID-19 : (a) l'Institut national de santé publique du Québec (Canada) recommande le report de la 2^e dose de vaccin afin d'offrir une première vaccination plus large de la population et (b) une revue systématique, avec méta-analyse, soutient le port du masque pour prévenir la transmission aérienne. Pour le premier résumé, la stratégie proposée par le Québec (Canada) n'est pas proposée dans tous les pays. Pour le deuxième, les qualités méthodologiques de la recherche poussent à la réserve. Faut-il suivre ces recommandations scientifiques ?

L'objectif du *S@voir Inf. – Qualité des soins et sécurité de patients* est de proposer des résumés critiques qui soutiennent nos réflexions, nos échanges et notre pratique quotidienne.

La pandémie de la COVID-19 (re)met en lumière le processus de développement des connaissances scientifiques. Il est composé de controverses, de débats, de convergences, d'experts émergents, reconnus ou non, déçus, d'hypothèses ou d'opinions acceptées ou rejetées par des réseaux (Callon et Latour, 2006). Les exemples foisonnent : efficacité des traitements, effets et effets secondaires des mesures préventives. Les connaissances scientifiques sont en constante transformation et évolution. Le processus de développement de ces connaissances influence et est influencé par notre monde social complexe. Dans ce monde incertain, comment inscrire notre pratique infirmière en lien avec des connaissances scientifiques en transformation ?

L'incertitude générée par une pandémie mortelle appelle au développement de connaissances scientifiques ou non. Ces connaissances prennent des formes diverses et variées, relayées dans divers réseaux qui se créent et se développent. Pourtant, toutes ces connaissances ne sont pas égales (Bhaskar, 2017). Par exemple, les travaux de John Snow, durant l'épidémie de choléra de Londres de 1854, ont permis de rejeter la croyance scientifique dominante concernant sa transmission par voie aérienne. Pour donner suite aux cartographies et aux observations des habitudes de vies qu'il avait réalisées, ce chercheur a émis l'hypothèse que la transmission du choléra se fait par l'eau. Cette théorie est testée en changeant les pompes à eau des quartiers les plus touchés. Ainsi, le nombre de nouvelles contaminations au choléra a diminué rapidement. À travers cet exemple, nous pouvons considérer qu'il existe de meilleures connaissances que d'autres pour expliquer le monde réel.

Paradoxalement, les connaissances scientifiques sont transitives et faillibles, et ce, même pour les meilleures (Bhaskar, 2017). Pourtant, des acteurs considèrent certaines connaissances scientifiques comme des certitudes. Le contexte actuel (p. ex. incertitudes liées à la pandémie ou aux *fake news*) semble renforcer des prises de position dogmatiques qui tuent tout débat. Les connaissances scientifiques comportent des incertitudes par rapport au monde réel. D'une part, ce monde réel évolue et se transforme indépendamment des connaissances. D'autre part, les connaissances scientifiques sont construites. Ces constructions intègrent une part d'incertitude (p. ex. dans leur définition, leur généralisation à une population, leur contextualisation, la taille de leur effet ou des actions humaines variées). Sur cette base, les connaissances scientifiques, transitives et faillibles, évoluent et influencent en retour notre monde.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

En effet, les connaissances sont chargées de valeurs et de pouvoirs générateurs de changements. D'une part, elles permettent la création, l'émancipation ou le soutien (Alderson, 2021). D'autre part, les connaissances permettent les contraintes indues (p. ex. dans la surveillance, la coercition). Dans ce contexte, il est essentiel de nous questionner : qui exerce ce pouvoir, pourquoi, dans quels intérêts ?

En synthèse, la pandémie de la COVID-19 génère le développement de connaissances scientifiques très rapide. Des controverses et des convergences émergent de ces développements. Ces connaissances sont débattues, car elles ne sont pas toutes égales. Il existe de meilleures connaissances pour expliquer le monde réel. Toutefois, elles l'expliquent d'une façon incertaine, certains tendent à l'oublier. Ils véhiculent des impératifs ou des discours dominants qui ont un fort potentiel de stigmatisation, d'injustice et d'iniquité. Est-ce qu'une croyance, qui est la meilleure pour le plus grand nombre, l'est pour tous ? Est-ce qu'une croyance, qui est la meilleure dans un contexte, l'est dans tous les contextes ? Ces réflexions et questionnements poussent à une éthique prudente et à la réflexion critique. Nous espérons que ce bulletin soutiendra ces réflexions.

Pour conclure, trois articles complètent ce **S@voir Inf. - Qualité des soins et sécurité de patients**. Le premier émet des recommandations quant à la contribution des experts d'amélioration de la qualité et de la sécurité durant la pandémie de la COVID-19. Ces recommandations émanent d'experts du domaine. Le deuxième évalue le ratio infirmières/patients requis par les patients ayant la COVID-19 et identifie les facteurs qui influencent les soins infirmiers pour ces patients dans trois unités de soins intensifs belges. Le troisième propose une synthèse des connaissances sur les maladies infectieuses émergentes et des pistes pour les gérer.

Nous vous souhaitons une bonne lecture,



Joachim RAPIN, infirmier, MScN, Ph. D. (c)

Président du Conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients

Adjoint à la direction des soins

Président, Commission performance des soins

Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse)

Références

Alderson, P. (2021). *Critical Realism for Health and Illness Research: A Practical Introduction*. Bristol, UK: Bristol University Press.

Bhaskar, R. (2017). *The Order of Natural Necessity: A Kind of Introduction to Critical Realism*. Middletown, DE: Garry Hawke.

Callon, M., et Latour, B. (2006). Le grand Léviathan s'approprié-t-il? In M. Akrich, M. Callon, & B. Latour (Eds.), *Sociologie de la traduction: Texte fondateur* (pp. 14-35). Paris, France: Presses des Mines.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Stratégie de vaccination contre la COVID-19 : report de la 2^e dose en contexte de pénurie

Source : Comité sur l'immunisation du Québec. Stratégie de vaccination contre la COVID-19 : report de la 2^e dose en contexte de pénurie. *Institut national de santé publique du Québec*. 18 décembre 2020. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3098_vaccination_covid19_2e_dose_contexte_penurie.pdf

Résumé critique

S'appuyant sur les valeurs de bienfaisance, d'égalité, de justice, d'équité et de réciprocité, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a identifié un ordre de priorisation des groupes à vacciner contre la COVID-19 pour ses objectifs de protéger les personnes les plus vulnérables et prévenir les maladies graves et les décès, et pour prévenir la maladie et l'absentéisme chez les travailleurs de la santé. Considérant qu'une vaccination rapide de l'ensemble des groupes prioritaires permettrait de réduire de manière substantielle le fardeau de la COVID-19, surtout des cas sévères entraînant des hospitalisations et des décès, et considérant un contexte de pénurie de vaccins, les résultats d'une analyse fine des études de phase III des premiers vaccins autorisés au Canada (ARNm BNT162b2 de Pfizer-BioNtech et ARNm-1273 de Moderna) (Polack, Thomas, Kitchin et coll., 2020) publiées dans le *New England Journal of Medicine* indiquent une protection élevée (92,3 %) 14 jours après l'administration de la première dose. Bien qu'il y ait une incertitude sur la durée de l'efficacité d'une seule dose de vaccin et sachant notamment qu'il est peu probable que la protection conférée par une première dose se termine brusquement et rapidement, le CIQ a donc recommandé que la stratégie de vaccination contre la COVID-19 au Québec, en contexte de pénurie et de circulation du virus à un niveau élevé, soit d'offrir une 1^{ère} dose de vaccins au plus grand nombre de personnes appartenant aux six premiers groupes prioritaires. Le CIQ a aussi recommandé que soit menée une surveillance étroite, en temps quasi réel et continu, de l'efficacité du vaccin tout au long de l'année 2021 pour permettre de faire rapidement, et si besoin, les ajustements à la stratégie de vaccination préconisée.

Période d'observation	Vaccin N = 21 669 Cas	Placebo N = 21 686 Cas	Efficacité vaccinale	IC 95 %
Après la dose 1				
Entre la dose 1 et la dose 2	39	82	52,4 %	30 %-68 %
7 jours après dose 1 à dose 2 (moins les cas survenus avant le jour 7)	18 (21)	57 (25)	68,3 %	46 %-81 %
14 jours après dose 1 à dose 2 (moins les cas survenus avant le jour 14)	2 (37)	27 (55)	92,3 %	69-98 %
Après la dose 2				
Entre dose 2 et 7 jours après dose 2	2	21	90,5 %	61-99 %
À partir de 7 jours après la 2 ^e dose (analyse principale de l'étude)	9	172	94,8 %	90-98 %

Tableau 1 : Efficacité vaccinale d'une ou de deux doses selon la période d'observation après la dose

Comme la contribution infirmière à la vaccination massive de la population est cruciale pour contrer le plus rapidement possible la COVID-19, les connaissances liées à l'efficacité vaccinale le sont tout autant, particulièrement dans un contexte de pénurie de vaccins comme on le vit actuellement au Québec. Cet article aide à mieux comprendre le contexte, les données scientifiques disponibles et les valeurs sur lesquelles le CIQ s'est basé pour recommander de retarder l'administration de la 2^e dose de vaccin au Québec, tout en surveillant l'efficacité vaccinale en temps presque réel pour ajustements au besoin. Cette recommandation, choix difficile dans un contexte de pénurie, vise à offrir une 1^{ère} dose de vaccins à un plus grand nombre de personnes appartenant aux six premiers groupes prioritaires et ainsi à prévenir les formes graves de la COVID-19 chez un plus grand nombre de personnes à risque de la maladie. Bien

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

que, collectivement, tout porte à croire qu'il s'agisse d'une décision favorable, plusieurs questions demeurent en suspens. Sachant, par exemple, que les enfants et les femmes enceintes ont été exclus des études sur les nouveaux vaccins, quel calendrier de vaccination anti COVID leur sera offert ? Aussi, est-ce que les nouveaux variants de la COVID-19, virus en mutation, viendront changer l'efficacité des vaccins disponibles ? Il est clair que les connaissances évoluent rapidement et que les études sur l'analyse en temps quasi réel de l'efficacité des vaccins viendront soutenir la prise de décision au fur et à mesure que les données scientifiques seront disponibles et diffusées. Bien que cette pandémie mette nos capacités humaines, scientifiques et organisationnelles sous grande tension, fort heureusement, ceci n'empêche pas les autorités québécoises à guider la suite pour le bien collectif, avec le soutien des données évolutives probantes.

Références complémentaires

Moderna COVID-19 vaccine. *Vaccines and related biological products advisory committee*. Briefing document. 17 décembre 2020. Repéré à : <https://www.fda.gov/media/144434/download>

Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccine (BNT162, PF-07302048). *Vaccines and related biological products advisory committee*. Briefing document. 10 décembre 2020. Repéré à : <https://www.fda.gov/media/144246/download>

Polack, F.P., Thomas, S.J., Kitchin, N. et coll. *Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine*. *New England Journal of Medicine*. 10 décembre 2020. En cours de publication, en impression. DOI : 10.1056/NEJMoa2034577

Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis

La transmission aérienne de la COVID-19 et le rôle du masque facial pour la prévenir : une revue systématique et une méta-analyse

Source : Tabatabaeizadeh, SA. « Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis ». *Eur J Med Res* 26, 1 (2021). Repéré à : <https://doi.org/10.1186/s40001-020-00475-6>

Résumé critique

En lien avec la pandémie de la COVID-19, le but de cette revue de la littérature et méta-analyse est d'analyser son mode de transmission aérien (gouttelette vs aérosol) et le rôle des masques faciaux pour la prévenir.

Pour la méthode, une recherche a été effectuée sur deux bases de données en anglais (*PUBMED/Medline* et *Google Scholar*) et pour la période jusqu'en octobre 2020. Plus spécifiquement, deux recherches ont été effectuées : l'une pour le mode de transmission aérien et l'autre pour le rôle des masques faciaux dans la prévention de la COVID-19. Les études étaient incluses si le risque relatif pour l'association de l'utilisation d'un masque facial avec la COVID-19 pouvait être obtenu. Une méta-analyse a été réalisée pour évaluer le risque combiné des différentes études incluses.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Sur 7688 articles identifiés, quatre ont été inclus dans cette revue de la littérature. Chaque étude présentait une diminution statistiquement significative du risque d'infection à la COVID-19 chez les porteurs de masques faciaux. Leurs résultats ont été combinés dans la méta-analyse : le risque relatif combiné est de 0.12. Ainsi, le risque d'être infecté de la COVID-19, sachant que l'on porte un masque facial, est 88 % moins élevé que chez les personnes qui n'en portent pas.

Cette revue de littérature et méta-analyse répond à un de ces buts : elle suggère que l'usage de masque facial diminue le risque d'infection à la COVID-19. Quant au deuxième qui visait à analyser le mode de transmission aérien, elle ne semble pas y répondre. Toutefois, dans sa discussion, l'auteur évoque des articles récents qui laisseraient à penser que la transmission aérosol de la COVID-19 est probable.

Une force de cet article est de proposer une première analyse et synthèse des recherches sur le sujet. Toutefois, il présente des limites méthodologiques importantes qui sont peu discutées. Par exemple, hormis la présence d'un risque relatif, les critères d'inclusions ne sont pas précisés. Autre exemple, la recherche est réalisée uniquement sur deux bases de données pour des articles en anglais, alors que des revues systématiques peuvent compter plus de quinze bases de données, pour des articles dans toutes les langues. Troisième exemple, le contexte, le devis, l'évaluation de la qualité des études incluses ne sont pas présentés. Ces exemples contraignent les lecteurs dans leur compréhension des résultats. Ils pourraient même les influencer, par exemple, en cas d'hétérogénéité : des populations, des types d'intervention (c. à d. de masque) ou des qualités méthodologiques.

Cette recherche met en évidence l'efficacité des masques pour prévenir les infections à la COVID-19. Elle soutient ainsi l'usage d'un masque dans la population générale. Toutefois, cette recherche ne répond pas à un enjeu important pour les soignants qui est de savoir quel type de masque est utilisé dans quel contexte (p. ex. masque N95 vs masque chirurgical). Des recherches complémentaires sur le mode de transmission aérien de la COVID-19 sont nécessaires.

COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge

COVID-19 : Compétences en matière de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité des soins à déployer durant la crise

Source : Staines, A., Amalberti, R., Berwick, D.M., Braithwaite, J., Lachman, P., Vincent, C.A. (2020). « COVID-19: patient safety and quality improvement skills to deploy during the surge », *International Journal for Quality in Health Care*, 2020. Repéré à : <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa050>

Résumé critique

Cet éditorial est signé par un regroupement d'experts internationaux reconnus en matière de qualité et d'amélioration continue des soins et services de santé en provenance de la Suisse, de la France, des États-Unis, d'Autriche, d'Irlande et du Royaume-Uni. Il a été écrit dans le contexte de la crise sanitaire provoquée par la pandémie de COVID-19 dans le but de rappeler les bonnes pratiques d'amélioration continue de la qualité des soins à maintenir malgré la grande mobilisation des services de santé. Les auteurs soulignent que les professionnels responsables des services d'amélioration de la qualité ont trop souvent été mobilisés pour augmenter les

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

services cliniques, amputant ainsi les organisations de santé de leur apport en amélioration continue pourtant jugé essentiel dans un contexte normal.

Les auteurs identifient cinq domaines d'actions où ces professionnels peuvent être mobilisés afin de continuer à maintenir et améliorer les soins et services de santé dans le contexte de la crise : renforcer la réponse du système de santé; faciliter l'implication des citoyens, patients et familles; améliorer les soins et services; gérer de manière proactive les risques; dynamiser et augmenter les occasions d'apprentissages.

Renforcer la réponse du système de santé

Ils peuvent renforcer la réponse du système de la santé en rendant disponibles des données probantes pour faciliter les prises de décisions cliniques, en encourageant l'exercice du leadership des soignants par les boucles de rétroactions et en s'assurant qu'un climat de sécurité est maintenu auprès des soignants.

Faciliter l'implication des citoyens patients et des familles

Ils peuvent s'impliquer avec les patients partenaires pour développer des outils de gestion de la maladie adaptés. Ils peuvent transmettre les besoins des patients en lien avec l'équité et la sécurité des soins, et s'impliquer dans les normes qui régissent les visites.

Améliorer les soins et services

Ils ont la capacité de soutenir le personnel par de la formation et le développement d'outils d'aide à la décision clinique.

Gérer de manière proactive les risques

Les professionnels devraient soutenir les démarches de prévention et de contrôle des infections en faisant des audits, en identifiant les risques et en proposant des mesures de mitigation de ces risques.

Dynamiser et augmenter les occasions d'apprentissages

Ils devraient contribuer aux démarches de résolutions de problèmes en s'assurant que la démarche facilite l'apprentissage continu plutôt que le blâme et en utilisant des approches d'analyses de causes souches et de modes de défaillances.

Ce texte est très intéressant, car, en présentant le rôle des professionnels qui ont normalement le rôle d'améliorer de manière continue la qualité des soins et des services, les auteurs critiquent la façon dont ces professionnels ont été mobilisés jusqu'à maintenant dans le contexte de la pandémie. En fait, la majorité de ces professionnels ont été réaffectés à des tâches purement cliniques, alors que le contexte de pandémie provoque des déséquilibres qui devraient les mobiliser encore plus. Ceci pose un regard critique sur l'importance qui est accordée aux démarches d'amélioration continue en santé. Est-ce que les dirigeants utilisent ces démarches que lorsque c'est possible ? Est-ce que ces rôles sont sacrificiables ? Les auteurs nous invitent à y réfléchir et à mieux positionner leur apport potentiel.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium

Impact de la COVID-19 sur la charge de travail infirmière dans les unités de soins intensifs en Belgique

Source : Bruyneel, A., Gallani, M. C., Tack, J., d'Hondt, A., Canipel, S., Franck, S., ... & Pirson, M. (2021). « Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium ». *Intensive and Critical Care Nursing*, 62, 102967. Repéré à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720301701?via%3Dihub>

Résumé critique

La pandémie de COVID-19 a eu un impact significatif sur la pratique infirmière aux unités de soins intensifs (USI) et, par conséquent, sur la charge de travail de ces dernières. L'objectif de cette étude était d'évaluer le ratio infirmière-patients requis par les patients atteints de COVID-19 et d'identifier les facteurs qui influencent ce ratio. À l'aide d'un devis observationnel rétrospectif, les chercheurs ont évalué le ratio infirmière-patients requis pour les patients COVID-19 à l'aide du *Nursing Activity Score (NAS)* (Miranda et coll., 2003). Trois hôpitaux belges francophones, avec un total de 5 unités de soins intensifs (USI), y ont participé. Une comparaison entre les patients atteints de la COVID-19 et ceux atteints a été faite pour estimer la différence dans les ratios requis pour ces deux populations.

L'étude a inclus 95 patients COVID-19 et 1604 patients non COVID-19 (groupe témoin). Un total de 905 et 5453 mesures NAS ont été colligées. Le NAS était significativement plus élevé chez les patients COVID-19 que dans le groupe témoin ($p = <0,0001$). Le NAS moyen a augmenté significativement de 20 % pour le groupe COVID-19 ($M = 92,0 \pm 16,1$ vs $71,7 \pm 18,2$, $t = -31,48$, $p < 0,0001$). Ce résultat signifie aussi qu'un patient atteint de la COVID-19 requiert, en moyenne, un ratio 1:1. Les facteurs influençant le ratio infirmière-patients, tel que mesuré par NAS chez les patients COVID-19s étaient l'âge (<65 ans ($p = 0,23$)), l'utilisation d'une hémofiltration veineuse continue ($p = 0,002$), un score APACHE II élevé ($p = 0,006$) et le décès du patient ($p = 0,002$).

Cette étude vient démontrer que le temps requis pour soigner un patient atteint de la COVID-19 est 20 % plus élevé en moyenne. Ce constat est non-négligeable en contexte de pandémie, où l'expertise infirmière est en nombre insuffisant. Ce ratio plus élevé fait en sorte que plusieurs centres hospitaliers ont dû mobiliser des infirmières au sein de ces unités afin de répondre à cette demande accrue. Les directions de soins infirmiers ont dû mettre en place des stratégies pour pallier rapidement ce manque d'effectif en faisant appel, entre autres, à des infirmières provenant de différents domaines, telle que la médecine-chirurgie avec peu ou pas d'expérience aux soins intensifs. Cette expérience a certainement mis en lumière que l'expertise infirmière en soins critique est unique et qu'elle ne peut être développée en quelques jours. Les modèles de planification de la main-d'œuvre infirmière n'avaient pas permis de se préparer à l'éventualité d'une pandémie et de l'expertise infirmière requise pour y faire face. Il est temps que les différentes juridictions commencent à colliger l'information détenue par sa main-d'œuvre infirmière, d'ajuster les besoins de main-d'œuvre en fonction des différentes expertises infirmières requises et d'adapter les programmes de formation afin d'assurer une meilleure adéquation entre l'expertise infirmière et les besoins de la population.

Référence complémentaire

Miranda, D. R., Nap, R., de Rijk, A., Schaufeli, W., Iapichino, G., & Members of the TISS Working Group. (2003). « Nursing activities score ». *Critical care medicine*, 31(2), 374-382.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Qu'apprend-on de nouveau des épidémies émergentes?

Source : Malvy, D., Gauzère, B-A. et Migliani, R. (2019). Qu'apprend-on de nouveau des épidémies émergentes? *La Presse médicale*, 48 (12), 1536-1550. Repéré à :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0755498219304373?via%3Dihub>

Résumé critique

Durant ce 21^e siècle, la multiplication des déplacements des populations humaines, ainsi que la rupture de niches écologiques et l'expansion parfois intercontinentale des virus hautement pathogènes, pourrait expliquer l'émergence des maladies infectieuses virales responsables des épidémies ou pandémies.

Faisant recours aux enseignements principalement portés par leurs expériences réalisées sur deux terrains épidémiques, à savoir en Guinée lors de la crise sanitaire mondiale due à l'épidémie d'Afrique de l'Ouest et en République démocratique du Congo (RDC) lors de la 2^e plus grande épidémie d'Ebola de 2013 à 2016, les auteurs ont identifié quatre leçons qui peuvent être déclinables à d'autres maladies infectieuses émergentes à propension épidémique.

La première leçon est en lien avec la difficulté à dépister une maladie émergente dès son origine (la veille sanitaire) et cette difficulté est d'autant plus marquée dans des pays non préparés et aux ressources sanitaires très limitées. Ceci contribuerait, ainsi, à la persistance de chaînes de transmission. La surveillance des déplacements intersectoriels est cruciale afin de renforcer la sécurité mondiale.

Le 2^e élément que les auteurs soulignent est la capacité de transmission sexuelle des virus émergents, notamment le virus Ebola et le virus Zika, longtemps après la phase aiguë. De ce fait, ces transmissions en période post-épidémique seraient responsables des nouvelles chaînes de transmission et donc des nouvelles épidémies, tel que cela fut le cas pour l'épidémie à virus Ebola de 2013 à 2016 et de la pandémie due au virus Zika en 2016.

La 3^e ligne de tir, en cas d'épidémies émergentes à agents hautement pathogènes, est de sécuriser le périmètre de la prise en charge du patient afin d'éliminer la chaîne de transmission et de la maladie grâce à diverses stratégies, notamment l'équipement de protection individuelle (ÉPI) ou des chambres d'urgence biosécurisées. Le rôle de l'infirmière en prévention des infections est primordial afin d'assurer une communication fluide entre la science et les professionnels de la santé, de même que les communautés. La réussite de cette phase nécessite une implication des partenaires locaux et nationaux, une uniformisation des plateformes de diagnostic virologique, une adaptabilité aux nouvelles techniques médicales et le support de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le terrain.

Enfin, l'amélioration de la pratique clinique pour répondre aux besoins soudains imposés par ces épidémies et pandémies émergentes à agents hautement pathogènes dépend de la recherche clinique. Cette dernière se déroule selon trois axes complémentaires : 1) la recherche d'un vaccin efficace afin de stopper la chaîne de transmission communautaire, 2) la recherche de facteurs pronostiques (cliniques et biologiques) et 3) la recherche d'un traitement spécifique de la maladie.

Bien que se déroulant dans les régions des pays du Sud, ces leçons sont très pertinentes et peuvent se transposer aux situations épidémiques des pays du Nord. D'ailleurs, les réalités

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

vécues durant la pandémie de COVID-19, surtout par les infirmières, sont très similaires à celles exposées par les auteurs. Il serait pertinent d'inclure ces connaissances dans les programmes de formation initiale et continue des infirmières tout en promouvant le rôle de l'infirmière en prévention et contrôle des infections.

Lectures complémentaires

Che, D. Quels éléments président à l'émergence d'une épidémie virale ? Peut-on la prévoir ?, *La Presse médicale*, Volume 48, Issue 12, 2019, Pages 1528-1535, ISSN 0755-4982. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.10.012>

González-Gil, M.-T., González-Blázquez, C., Parro-Moreno, A. I., Pedraz-Marcos, A. et coll. « Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services », *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 62, 2021, 102966. Repéré à : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339720301695?via%3Dihub>

Létourneau, J., Alderson, A. et Leibing, A. « Positive deviance and hand hygiene of nurses in a Quebec hospital: What can we learn from the best? », *American Journal of Infection Control*, Volume 46, Issue 5, 2018, Pages 558-563. Repéré à : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655317311471>

Tchouaket Nguemeleu, E., Beogo, I., Sia, D., Kilpatrick, K. et coll. « Economic analysis of healthcare-associated infection prevention and control interventions in medical and surgical units: systematic review using a discounting approach ». *J Hosp Infect.* 2020 Sep;106(1):134-154. Repéré à : [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30332-7/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30332-7/fulltext)

Wu, AW., Connors, C. et Everly, GS. « COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience ». *Ann Intern Med.* 2020;172(12)(12):822-823. Repéré à : <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1236>

Yu, Y.J., Park, Y.S., Keller, A., Noh, J.-W. et Cha, J. « A Mixed-Methods Systematic Review of the Impacts of Coronavirus on Society and Culture ». *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 491. Repéré à : <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/491>

Note éditoriale :

Selon la politique éditoriale du SIDIIEF, le terme « infirmière » est utilisé à la seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Membres du Conseil consultatif

SOUS LA PRÉSIDENCE DE :

Joachim RAPIN, infirmier, MScN, Ph. D. (c)
Adjoint à la direction des soins
Président, Commission performance des soins
Centre hospitalier universitaire vaudois
SUISSE

EUROPE :

Jean-Marie JANUEL, infirmier, Ph. D.
Chercheur senior
Chaire Deep Care, Laboratoire TIMC-IMAG,
CNRS, Institut Multidisciplinaire en Intelligence
Artificielle
Université Grenoble Alpes
Membre du Haut Conseil de la Santé Publique,
Commission spécialisée « systèmes de santé et
sécurité des patients »
FRANCE

Olivier THONON, infirmier, Ph. D.
Chef de service, Département infirmier
Centre hospitalier universitaire de Liège
BELGIQUE

CANADA :

Thérèse ANTOUN, infirmière, M. Sc.
Directrice, Pratique professionnelle,
Informatique clinique, Gestion de projets et
changement et Endoscopie, Ophtalmologie
Hôpital Montfort
Ontario, CANADA

Alain BIRON, infirmier, Ph. D.
Directeur adjoint, Direction des soins
infirmiers, Centre universitaire de santé
McGill (CUSM) Professeur adjoint, École de
sciences infirmières Ingram de l'Université
McGill
Québec, CANADA

Brigitte MARTEL, infirmière, M. Sc. Inf.
Directrice des soins infirmiers,
Centre hospitalier universitaire de Québec
Québec, CANADA

Chantal SAUMURE, infirmière, MBA
Directrice des services de néphrologie et
en support à l'urgence
Centre hospitalier universitaire
Dr-Georges-L.-Dumont
Nouveau-Brunswick, CANADA

REPRÉSENTANTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

France LAFRAMBOISE, infirmière, M.Sc. Inf.,
IMHL, ASC, Fellow FORCES
Vice-présidente, Ordre des infirmières et
infirmiers du Québec
Présidente, Ordre régional des infirmières et
infirmiers de Laurentides/Lanaudière
Québec, CANADA