

Soins infirmiers

Les neuf interventions et traitements sur lesquels le personnel infirmier et les patients devraient s'interroger

par

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada

Dernière mise à jour : mai 2017



1 Ne pas insérer ou laisser en place une sonde urinaire à demeure sans évaluation quotidienne.

L'utilisation de sondes urinaires à demeure chez les patients hospitalisés est courante. Toutefois, elles peuvent entraîner des préjudices évitables comme une infection des voies urinaires, une septicémie et le délirium. Les lignes directrices recommandent une évaluation systématique des indications appropriées pour les sondes urinaires, dont l'obstruction urinaire aiguë, les maladies graves et les soins de fin de vie, ainsi que la réduction au minimum de leur durée d'utilisation. Il a été démontré que les stratégies conformes aux lignes directrices concernant l'utilisation inappropriée de sondes urinaires permettent de réduire le nombre d'infections associées aux soins de santé.

2 Ne pas conseiller l'autosurveillance de la glycémie entre les consultations médicales aux diabétiques de type 2 qui n'utilisent pas l'insuline, ni d'autres médicaments qui pourraient augmenter le risque d'hypoglycémie.

De nombreuses études montrent que, une fois que la valeur thérapeutique cible est atteinte, l'auto-surveillance de la glycémie est peu utile pour la maîtrise du taux glycémique pour la plupart des adultes atteints de diabète de type 2 et ne prenant pas d'insuline ni d'autres médicaments qui pourraient augmenter le risque d'hypoglycémie. L'autosurveillance de la glycémie peut être indiquée pendant une maladie aiguë, un changement de médicaments ou une grossesse, lorsque des antécédents de risque d'hypoglycémie sont présents (p. ex. l'utilisation d'une sulfonylurée) et lorsque la personne doit être suivie pour maintenir les cibles, des facteurs qui devraient faire partie de l'évaluation et de l'éducation du client.

3 Ne pas ajouter de literie supplémentaire (draps, alèses) sous les patients reposant sur des surfaces thérapeutiques.

Des épaisseurs supplémentaires de literie peuvent limiter les capacités d'absorption de la pression des surfaces thérapeutiques (comme les matelas ou les coussins thérapeutiques). Par conséquent, des épaisseurs supplémentaires de draps et d'alèses peuvent contribuer aux lésions cutanées et nuire à la guérison de plaies de pression existantes.

4 Ne pas administrer d'oxygène pour traiter une dyspnée non hypoxique.

On administre souvent de l'oxygène pour soulager l'essoufflement. Pourtant, l'apport d'oxygène ne procure aucun bienfait au patient essoufflé lorsqu'il n'est pas hypoxique. Il est démontré qu'un supplément d'air est aussi efficace qu'un apport d'oxygène dans ce cas.

5 Ne pas utiliser de façon systématique des produits d'incontinence (y compris les culottes ou serviettes d'incontinence) chez les personnes âgées.

Les produits d'incontinence pour adultes sont fréquemment utilisés chez les patients continents (surtout les femmes) à faible mobilité. Pourtant, la littérature associe leur utilisation à des résultats indésirables multiples, comme la perception d'une faible estime de soi et d'une qualité de vie réduite, des taux d'incidence élevés de dermatite, des plaies de pression et des infections des voies urinaires. Le personnel infirmier devrait procéder à une évaluation approfondie auprès des personnes âgées pour déterminer le risque de résultats indésirables avant d'utiliser des produits d'incontinence ou d'en poursuivre l'utilisation. L'élaboration d'un plan de soins lié à la continence devrait constituer un processus de prise de décisions concerté qui comprend les souhaits connus des clients entourant leurs besoins en matière de soins et les perspectives des aidants et de l'équipe de soins de santé.

6 Ne pas conseiller un tube d'alimentation pour les clients atteints de démence avancée sans assurer un processus de prise de décisions concerté qui comprend les souhaits connus des clients entourant leurs besoins futurs en matière de soins et les perspectives des aidants et de l'équipe de soins de santé.

L'alimentation par tube auprès des personnes âgées atteintes de démence avancée n'offre aucun bienfait par rapport à l'alimentation méthodique à la main en ce qui concerne les résultats de la pneumonie par aspiration et le prolongement de la vie. Alors que la nourriture est l'élément nutritif privilégié, des suppléments nutritionnels oraux peuvent s'avérer bénéfiques si l'intervention est conforme aux objectifs de soins connus de la personne. L'alimentation par tube peut contribuer à l'inconfort chez le client et donner lieu à de l'agitation, à l'utilisation de moyens de contention physiques et chimiques et à l'aggravation des plaies de pression.

7 Ne pas recommander des médicaments antipsychotiques comme premier choix pour traiter les symptômes de la démence.

Les personnes atteintes de démence présentent fréquemment des comportements réactifs, qui sont souvent perçus à tort pour de l'agressivité, de la résistance aux soins et d'autres comportements difficiles ou perturbateurs. Dans de tels cas, des médicaments antipsychotiques sont souvent prescrits, mais leurs avantages demeurent limités et ils peuvent causer des dommages graves, y compris la mort prématurée. L'utilisation de ces médicaments doit être limitée aux cas où les mesures non pharmacologiques ont échoué et où les patients représentent une menace imminente pour eux-mêmes ou d'autres personnes. Le fait de déterminer et de traiter les causes du changement de comportement peut rendre un traitement médicamenteux inutile. Si le personnel infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, il a la responsabilité de discuter de ses préoccupations avec le prescripteur.

8 Ne pas recommander d'antimicrobiens pour traiter la bactériurie chez les personnes âgées à moins d'être en présence de symptômes indicateurs d'infection urinaire.

Les signes et symptômes indicateurs d'une infection des voies urinaires sont la fréquence accrue, l'urgence, la douleur ou la sensation de brûlure à la miction, la douleur supra-pubienne, une douleur au flanc et la fièvre. Une urine foncée, d'aspect trouble ou malodorante pourrait ne pas indiquer une infection des voies urinaires, mais plutôt un apport en fluide inadéquat. Des études de cohortes n'ont révélé aucun effet indésirable associé à la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées. Non seulement le traitement antimicrobien de la bactériurie asymptomatique chez les personnes âgées ne montre aucun avantage, mais il fait augmenter les effets antimicrobiens indésirables. Des critères de consensus ont été définis pour caractériser les symptômes cliniques particuliers qui, lorsqu'ils sont associés à une bactériurie, définissent l'infection urinaire. Les exceptions à ces critères comprennent le dépistage et le traitement de la bactériurie asymptomatique recommandés avant les procédures urologiques pour lesquelles des saignements des muqueuses sont prévus. Si le personnel infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, il a la responsabilité de discuter de ses préoccupations avec le prescripteur.

9 Ne pas recommander d'emblée des antidépresseurs comme intervention de première intention pour traiter les symptômes dépressifs légers chez les adultes.

Les antidépresseurs ont un meilleur taux de réponse dans les cas de dépression modérée ou grave. Pour les patients présentant des symptômes légers, une évaluation complète, une surveillance et un soutien continus, des interventions psychosociales et la modification des habitudes de vie devraient être envisagés en premier recours. Ces interventions permettraient d'éviter les effets secondaires des médicaments et d'établir des facteurs étiologiques qui pourraient être importants dans l'évaluation et la prise en charge futures. Les antidépresseurs peuvent être appropriés pour les patients atteints de dépression légère persistante qui ont des antécédents de dépression plus grave ou chez qui les autres interventions ont échoué. Si le personnel infirmier s'occupant d'un patient estime que le médicament ne s'avère pas l'intervention appropriée, il a la responsabilité de discuter de ses préoccupations avec le prescripteur.

Comment la liste a été établie

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) a établi cette liste « Choisir avec soin » à l'intention du personnel infirmier en rassemblant un groupe de travail composé de 12 infirmières et infirmiers de diverses spécialités infirmières de tout le Canada représentant une vaste gamme de régions géographiques, de milieux de pratiques et d'expérience. Le groupe de travail a commencé par envisager sa liste potentielle en examinant des recommandations existantes, dont les listes des sociétés de spécialité participant au projet « Choisir avec soin » et la liste de l'American Academy of Nursing (AAN), qui ont déjà été soumises à un processus d'examen rigoureux des données. Par ailleurs, les membres ont formulé des recommandations sur de nouveaux éléments fondés sur des données. Le groupe de travail a évalué 195 éléments pertinents à la pratique infirmière au moyen d'un processus structuré élaboré aux fins de ce projet. Deux évaluateurs indépendants ont évalué chacun de ces éléments (171 éléments relatifs à la médecine « Choisir avec soin », 15 éléments de l'AAN « Choisir avec soin » et neuf éléments soumis de façon indépendante). Au moyen d'un processus Delphi pour les deux rondes de révision suivantes, le groupe a raffiné et adapté les 36 éléments jusqu'à l'atteinte d'un consensus sur une liste finale de neuf éléments. Un examen de la littérature a été mené pour confirmer les données de ces éléments, et la recherche infirmière à l'appui a été ajoutée lorsqu'approprié. Par la suite, la liste finale a été soumise à une consultation exhaustive, à laquelle des experts de la profession infirmière en sécurité des patients, divers membres du Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers, des membres de l'AICC et de ses organismes membres, ainsi que des défenseurs des intérêts des patients ont apporté leur contribution. En novembre 2016, la liste du personnel infirmier « Choisir avec soin » a été présentée au conseil d'administration de l'AICC, qui a confirmé sans hésitation son soutien et son approbation.

Sources

- 1 Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology. [APIC Implementation Guide: Guide To Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections](#) [En ligne] 2014 (consulté le 14 octobre 2016).
Choisir avec soin. [Société canadienne de médecine d'hôpital : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2015 (consulté le 21 octobre 2016).
Colli J, et al. National trends in hospitalization from indwelling urinary catheter complications, 2001-2010. *Int Urol Nephrol*. 2014 Feb;46(2):303-8. PMID : 23934618.
Hooton TM, et al. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010 Mar 1;50(5):625-63. PMID : 20175247.
Jain P, et al. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med*. 1995 Jul 10;155(13):1425-9. PMID : 7794092.
Krein SL, et al. Barriers to reducing urinary catheter use: a qualitative assessment of a statewide initiative. *JAMA Intern Med*. 2013 May 27;173(10):881-6. PMID : 23529627.
Landrigan CP, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med*. 2010 Nov 25;363(22):2124-34. PMID : 21105794.
Lo E, et al. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014 Sep;35 Suppl 2:S32-47. PMID : 25376068.
Miller BL, et al. A multimodal intervention to reduce urinary catheter use and associated infection at a Veterans Affairs Medical Center. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Jun;34(6):631-3. PMID : 23651896.
O'Mahony R, et al. Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Ann Intern Med*. 2011 Jun 7;154(11):746-51. PMID : 21646557.
Ramanathan R, et al. Urinary tract infections in surgical patients. *Surg Clin North Am*. 2014 Dec;94(6):1351-68. PMID : 25440128.
- 2 Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Optimal therapy recommendations for the prescribing and use of blood glucose test strips. *CADTH Technol Overv*. 2010; 1(2):e0109. PMID : 22977401.
Association canadienne du diabète. [Autosurveillance de la glycémie : Outil de recommandation à l'intention des professionnels de la santé](#) [En ligne]. 2013 (consulté le 21 octobre 2016).
Brownlee C. [For diabetics not on insulin, self-monitoring blood sugar has no benefit](#). Bibliothèque Cochrane [En ligne]. 2012 (consulté le 18 octobre 2016).
Cameron C, et al. Cost-effectiveness of self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus managed without insulin. *CMAJ*. 2010 Jan 12;182(1):28-34. PMID : 20026626.
Choisir avec soin. [Collège des médecins de famille du Canada : Les onze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Choisir avec soin. [Société canadienne d'endocrinologie et de métabolisme : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Gomes T, et al. Blood glucose test strips: options to reduce usage. *CMAJ*. 2010 Jan 12;182(1):35-8. PMID : 20026624.
O'Kane MJ, et al. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ*. 2008 May 24;336(7654):1174-7. PMID : 18420662.
- 3 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team](#). 3e éd. [En ligne]. 2016 (consulté le 18 octobre 2016).
Institute for Healthcare Improvement. [How-to guide: prevent pressure ulcers](#). Cambridge, MA: IHI; 2011.
Keast DH, et al. Best practice recommendations for the prevention and treatment of pressure ulcers: update 2006. *Adv Skin Wound Care*. 2007 Aug;20(18):447-60. PMID : 17762312.
Williamson R, et al. The effect of multiple layers of linens on surface interface pressure: results of a laboratory study. *Ostomy Wound Manage*. 2013 Jun;59(6):38-48. PMID : 23749661.
- 4 Abernethy AP, et al. Effect of palliative oxygen versus (room) air in relieving breathlessness in patients with refractory dyspnea: a double-blind, randomized controlled trial. *Lancet*. 2010 Sep 4;376(9743):784-793. PMID : 20816546.
Booth S, et al. Does oxygen help dyspnea in patients with cancer? *Am J Respir Crit Care Med*. 1996 May;153(5):1515-8. PMID : 8630595.
Bruera E, et al. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. *Palliat Med*. 2003 Dec;17(8):659-63. PMID : 14694916.
Choisir avec soin. [Société canadienne des médecins de soins palliatifs : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
Marciniuk DD, et al. Managing dyspnea in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Can Respir J*. 2011 Mar-Apr;18(2):69-78. PMID : 21499589.
Ontario Health Technology Assessment Service COPD Collaborative. [Chronic obstructive pulmonary disease \(COPD\) evidentiary framework](#) [En ligne]. 2012 (consulté le 18 octobre 2016).
Philip J, et al. A randomized, double-blind, crossover trial of the effect of oxygen on dyspnea in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage*. 2006 Dec;32(6):541-50. PMID : 17157756.
Uronis HE, et al. Oxygen for relief of dyspnoea in mildly- or non-hypoxaemic patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Br J Cancer*. 2008 Jan 29;98(2):294-9. PMID : 18182991.

- 5 Agnew R, et al. Promoting urinary continence with older people: a selective literature review. *Int J Older People Nurs.* 2009 Mar;4(1):58-62. [PMID : 20925803](#).
 Cave CE. Evidence-based continence care: an integrative review. *Rehabil Nurs.* 2016 Aug 11. [PMID : 27510945](#).
 Coffey A, et al. Incontinence: assessment, diagnosis, and management in two rehabilitation units for older people. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2007 Dec;4(4):179-86. [PMID : 18076461](#).
 Netsch D. Continence Care Literature Review 2012. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2013 Nov-Dec;40(Suppl.): S21-9.
 Zisberg, A. Incontinence brief use in acute hospitalized patients with no prior incontinence. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2011 Sep-Oct;38(5):559-64. [PMID : 21873910](#).
 Zisberg A, et al. In-hospital use of continence aids and new-onset urinary incontinence in adults aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jun;59(6):1099-104. [PMID : 21649620](#).
- 6 Allen VJ, et al. Use of nutritional complete supplements in older adults with dementia: systematic review and meta-analysis of clinical outcomes. *Clin Nutr.* 2013 Dec;32(6):950-7. [PMID : 23591150](#).
 American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. American Geriatrics Society feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Aug;62(8):1590-3. [PMID : 25039796](#).
 Choisir avec soin. [Société canadienne de gériatrie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
 Finucane TE, et al. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA.* 1999 Oct 13;282(14):1365-70. [PMID : 10527184](#).
 Gabriel SE, et al. Getting the methods right: the foundation of patient-centered outcomes research. *N Engl J Med.* 2012 Aug 30;367(9):787-90. [PMID : 22830434](#).
 Hanson LC. Tube feeding versus assisted oral feeding for persons with dementia: using evidence to support decision-making. *Ann Longterm Care.* 2013 Jan;21(1):36-39.
 Hanson LC, et al. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Nov;59(11):2009-16. [PMID : 22091750](#).
 Palecek EJ, et al. Comfort feeding only: a proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Mar;58(3):580-4. [PMID : 20398123](#).
 Teno JM, et al. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc.* 2011 May;59(5):881-6. [PMID : 21539524](#).
- 7 Alberta Health Services. [Appropriate use of antipsychotics \(AUA\) toolkit](#) [En ligne]. 2013 (consulté le 19 octobre 2016).
 Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [Delirium, dementia, and depression in older adults: assessment and care](#) [En ligne]. 2016 (consulté le 19 octobre 2016).
 Brodaty H, et al. Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry.* 2012 Sep;169(9):946-53. [PMID : 22952073](#).
 Choisir avec soin. [Société canadienne de gériatrie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
 Gill SS, et al. Antipsychotic drug use and mortality in older adults with dementia. *Ann Intern Med.* 2007 Jun 5;146(11):775-86. [PMID : 17548409](#).
 Gill SS, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ.* 2005 Feb 26;330(7489):445. [PMID : 15668211](#).
 Joller P, et al. Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia. *Can Fam Physician.* 2013 Mar;59(3):255-60. [PMID : 23486794](#).
 Lee PE, et al. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of behavioural and psychological symptoms of dementia: systematic review. *BMJ.* 2004 Jul 10;329(7457):75. [PMID : 15194601](#).
 Rochon PA, et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med.* 2008 May 26;168(10):1090-6. [PMID : 18504337](#).
 Schneider LS, et al. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Mar;14(3):191-210. [PMID : 16505124](#).
 Seitz DP, et al. Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Jul;13(6):503-6.e2. [PMID : 22342481](#).
- 8 Abrutyn E, et al. Does asymptomatic bacteriuria predict mortality and does antimicrobial treatment reduce mortality in elderly ambulatory women? *Ann Intern Med.* 1994 May 15;120(10):827-33. [PMID : 7818631](#).
 Association of Medical Microbiology and Infectious Disease Canada. [Symptom-free pee: let it be](#) [En ligne]. 2016 (consulté le 25 novembre 2016).
 Centers for Disease Control and Prevention. [CDC/NHSN surveillance definitions for specific types of infections](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 25 nov. 2016).
 Choisir avec soin. [Société canadienne de gériatrie : Les cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2014 (consulté le 21 octobre 2016).
 Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med.* 2007 Aug;23(3):585-94. [PMID : 17631235](#).
 Mum's Health. [Anti-infective guidelines for community-acquired infections](#). 13e éd. [En ligne]. 2013 (consulté le 18 octobre 2016).
 Nicolle LE, et al. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis.* 2005 Mar 1;40(5):643-54. [PMID : 15714408](#).
 Rowe TA, et al. Diagnosis and management of urinary tract infection in older adults. *Infect Dis Clin North Am.* 2014 Mar;28(1):75-89. [PMID : 24484576](#).
 Toward Optimized Practice (TOP) Working Group for Urinary Tract Infections in Long Term Care Facilities. [Diagnosis and management of urinary tract infections in long term care facilities](#) [En ligne]. 2015 (consulté le 25 novembre 2016).
- 9 Barbui C, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2011 Jan;198(1):11-6. [PMID : 21200071](#).
 Choisir avec soin. [Association des psychiatres du Canada : Les treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger](#) [En ligne]. 2015 (consulté le 21 octobre 2016).
 Cuijpers P, et al. Are psychosocial and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry.* 2008 Nov;69(11):1675-85. [PMID : 18945396](#).
 Esposito E, et al. Frequency and adequacy of depression treatment in a Canadian population sample. *Can J Psychiatry.* 2007 Dec;52(12):780-9. [PMID : 18186178](#).
 Fournier JC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010 Jan 6;303(1):47-53. [PMID : 20051569](#).
 Kirsch I, et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 2008 Feb;5(2):e45. [PMID : 18303940](#).
 National Collaborating Centre for Mental Health. [Depression: the NICE guideline on the treatment and management of depression in adults. Édition révisée](#). [En ligne]. 2010 (consulté le 18 octobre 2016).
 National Institute for Health and Care Excellence. [Depression: evidence update April 2012](#) [En ligne]. 2012. Accessible ici : (consulté le 18 octobre 2016).

À propos de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

En tant que fédération de dix associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant également des infirmières et infirmiers autorisés indépendants du Québec et de l'Ontario et des infirmières et infirmiers autorisés retraités de l'ensemble du pays, l'AICC fait progresser la pratique et la profession infirmières, améliore la santé des Canadiens et renforce le système de santé public et sans but lucratif du Canada.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📘 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)