



Soins non balisés et décision partagée : processus et étapes pour un accompagnement adapté aux personnes âgées

Communauté de pratique soutenue par la
Faculté des sciences infirmières de
l'Université Laval



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences infirmières

Pour en savoir plus sur la communauté de pratique : www.philippevoyer.org/communauté-de-pratique

Comment citer ce document :

Leblanc M., Brulotte J., Robillard, A.-M., Tzouannis N., Voyer, P., et tous les membres de la communauté de pratique. (2025). Soins non balisés et décision partagée : processus et étapes pour un accompagnement adapté aux personnes âgées, Communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement. Faculté des sciences infirmières, Université Laval.

TABLE DES MATIÈRES

Communauté de pratique sur les soins à l'aîné en centre d'hébergement de l'Université Laval.....	1
1. Contexte de la démarche en soins de longue durée.....	1
2. Éléments menant à la prise de décision partagée	2
2.1 Désirs et besoins exprimés par la personne	2
2.2 Organisation de la démarche.....	2
2.3 Risques et bénéfices	3
2.4 Recension des pratiques observées.....	3
2.5 Collecte de données	3
2.5.1 Recension de la littérature	3
2.5.2 Recension des lignes directrices.....	4
2.5.3 Consultation d'experts.....	4
2.5.4 Coordonner des rencontres avec divers acteurs.....	4
2.6 Actions découlant de cette démarche.....	5
Conclusion.....	6
Rédaction.....	7
3. Collaboration.....	7
4. Consultation.....	9
Annexe 1 - Avis clinique : Bain à la baignoire chez les personnes porteuses d'un cathéter urinaire à demeure.....	11
Annexe 2 – Recommandation de la direction des soins infirmiers : Systèmes de surveillance du glucose	20

COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE SUR LES SOINS À L'ÂÎNÉ EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

1. CONTEXTE DE LA DÉMARCHE EN SOINS DE LONGUE DURÉE

La communauté de pratique a pour mandat de réfléchir et de délibérer à propos de situations cliniques émergentes dans les milieux de soins de longue durée. Elle vise également à promouvoir les meilleures pratiques dans les centres d'hébergement. La mise en commun de ces expertises permet d'inspirer et de guider les soins prodigués chez la personne hébergée. Dans le contexte actuel au Québec, où la vision des soins privilégie l'autonomie et l'autodétermination pour la personne hébergée, il est essentiel de soutenir et d'accompagner celle-ci dans son souhait de recevoir un soin qui n'est pas balisé par les normes organisationnelles. Cette approche s'inscrit parfaitement dans les valeurs d'humanisation des soins et revêt une grande importance. Nous croyons que cette démarche pourra inspirer et orienter plusieurs cliniciens et cliniciennes dans leur posture d'influence au sein de leur établissement. À cet effet, vous trouverez en annexe deux exemples concrets illustrant des contextes précis d'application de ces principes.

Lors de la rédaction des deux avis cliniques; le premier portant sur le bain à la baignoire chez les personnes hébergées porteuses d'un cathéter urinaire à demeure et le second sur les systèmes de surveillance du glucose; plusieurs étapes clés ont dû être franchies.

Les enjeux principaux ressortant de cette démarche concernent non seulement le fait de soutenir la personne hébergée lorsqu'elle exprime le désir d'obtenir un soin qui n'est pas balisé, ni par la littérature scientifique ni par les pratiques exemplaires recommandées de l'établissement, mais aussi d'effectuer ce processus dans le souci d'optimiser la qualité et la sécurité des soins.

Ainsi, lorsque la personne hébergée exprime son désir quant à un soin non balisé, déjà en place ou non, une démarche rigoureuse et concertée doit être amorcée. Le concept de dignité du risque permet de justifier que l'on accepte un écart, en faveur d'autres valeurs selon les désirs nommés par la personne hébergée. Le milieu d'hébergement ne peut être exempt de tout risque. Le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant légal doit aussi être pris en compte. Par conséquent, la personne doit détenir toutes les informations nécessaires pour prendre sa décision. Cette décision doit être empreinte de sens pour le résident, ses proches et son milieu socioculturel d'appartenance et ne pas entraîner de conséquence néfaste pour les autres.

Dans le cadre de ce processus réflexif, le concept de **prise de décision partagée (PDP)** a été mis de l'avant. Cette approche place la personne hébergée au cœur du processus décisionnel en matière de soins, en collaboration avec les

professionnels de santé et ses proches. La **PDP** implique d'évaluer les risques et les bénéfices de chaque option de manière transparente et objective, tout en tenant compte des préférences, des valeurs et des circonstances personnelles de la personne hébergée.

L'intégration des Maisons des aînés et alternatives (MDAA) dans l'offre de services des soins de longue durée au Québec amène le concept de **PDP** à un niveau supérieur. En effet, les MDAA sont centrées sur la qualité de vie et leur objectif est que la personne hébergée s'y sente comme à la maison, ce qui implique pour l'organisation de se questionner sur la tolérance aux risques dans les milieux de soins. Il s'agit donc d'arrimer les données probantes, l'expertise du professionnel de la santé, la qualité et la sécurité des soins et les préférences de la personne hébergée.

Le but des deux avis ci-joints est de démontrer qu'une démarche rigoureuse, exhaustive et itérative peut être faite afin de soutenir la personne hébergée.

Il a été constaté que le concept de **PDP** revêt de plus en plus d'importance dans de nombreux travaux. Il pourrait par conséquent être profitable pour les professionnels de la santé de transférer ce processus dans d'autres situations similaires. Lorsque des soins ne sont pas balisés dans l'organisation, il est impératif du point de vue du leadership clinique et du rôle *d'advocacy* du personnel infirmier, d'aller plus loin dans cette analyse.

2. ÉLÉMENTS MENANT À LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

2.1 DÉSIRS ET BESOINS EXPRIMÉS PAR LA PERSONNE

- désirer obtenir ou maintenir un soin n'étant pas encadré au niveau de l'organisation ;
- explorer avec la personne hébergée ses besoins et ses souhaits face à ses soins ;
- évaluer les préférences des personnes hébergées quant aux soins désirés ;
- évaluer les ressources nécessaires disponibles afin d'effectuer ce soin : financières, matérielles et humaines.

2.2 ORGANISATION DE LA DÉMARCHE

- discerner rapidement la présence d'un écart entre les préférences de soins exprimés de la personne hébergée et la disponibilité d'encadrement clinique de la pratique pour le personnel infirmier ;
- identifier quelles seront les parties prenantes à consulter afin de mener à bien ce processus réflexif ;

- élaborer un plan d'action cohérent et coordonné sur les actions à faire en lien avec les objectifs visés ;
- statuer sur la responsabilité de l'organisation avec l'aide du contentieux.

2.3 RISQUES ET BÉNÉFICES

- identifier les risques et bénéfices ainsi que les complications possibles du soin souhaité ;
- s'assurer de transposer ces éléments dans un avis clinique et d'être appuyé par des données probantes ;
- être objectif dans les éléments collectés afin de prendre en compte toutes les visions ;
- être à l'affût de ses biais.

2.4 RECENSION DES PRATIQUES OBSERVÉES

- recenser les pratiques actuelles sur le terrain en questionnant les équipes de soins ;
- questionner les partenaires impliqués selon la problématique clinique ;
- collecter de l'information auprès des gestionnaires des soins de longue durée et des gestionnaires de la DSI quant aux pratiques actuelles ;
- collecter des données, au niveau provincial, sur le sujet auprès de la communauté de pratiques sur les soins à l'aîné par le biais d'un sondage électronique, afin de prendre le pouls des pratiques actuelles.

2.5 COLLECTE DE DONNÉES

2.5.1 Recension de la littérature

- effectuer une recension des documents d'encadrement de l'établissement par la conseillère clinicienne ou le conseiller clinicien cadre tels que : cadres de références, directives, politiques, procédures clinico-administratives, etc. ;
- consulter les ouvrages de référence et les manuels éducatifs faisant partie, notamment des cursus en soins infirmiers en tenant compte de leur pertinence pour les meilleures pratiques et les procédures d'encadrement ;
- effectuer une recension de la littérature scientifique sur des bases de données, des plateformes et des moteurs de recherche, tels que Ovid Medline, Embase, CINAHL, PubMed, DynaMed.

2.5.2 Recension des lignes directrices

Consulter les lignes directrices émises par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

2.5.3 Consultation d'experts

- consulter, afin d'obtenir leur avis, et impliquer différents experts clés, tels que : urologue, microbiologiste, endocrinologue, médecin en longue durée, conseillère ou conseiller cadre et ressource en prévention et contrôle des infections ;
- demander la collaboration du Pr. Philippe Voyer, Vice-doyen aux études de premier cycle et à la formation continue, professeur titulaire, inf., Ph. D. auteur et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec ;
- impliquer un médecin dans la rédaction de l'avis afin d'obtenir sa vision du volet médical ;
- effectuer une opération de balisage des pratiques cliniques dans d'autres organisations de santé et d'autres directions cliniques.

2.5.4 Coordonner des rencontres avec divers acteurs

- rencontrer la personne ressource en lien avec le concept « *Agir pour et avec l'usager* » de l'organisation ;
- impliquer un partenaire usager (non fait dans cette démarche) ;
- impliquer différents acteurs clés dans la révision de l'avis, tels que : conseillère ou conseiller en soins infirmiers, gestionnaire de la direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD) et médecin ;
- organiser diverses rencontres de consultation avec plusieurs partenaires pouvant contribuer au processus de réflexion : personnes ressources en lien avec l'encadrement et la rédaction des outils cliniques, conseillère ou conseiller en prévention et contrôle des infections, cheffes ou chefs de services, etc. ;
- consulter le groupe de travail sur les soins urinaires du CIUSSS de l'Estrie - CHUS ;
- rencontrer la conseillère ou le conseiller cadre à la direction de la qualité de l'éthique de la performance et du partenariat (DQEPP) dans le service de la qualité et la sécurité des soins pour le volet éthique, au besoin ;
- rencontrer la conseillère ou le conseiller cadre à la direction de la qualité de l'éthique de la performance et du partenariat (DQEPP) dans la

coordination qualité et sécurité des soins et des services pour le volet gestion des risques, au besoin ;

- consulter la conseillère ou le conseiller en soins volet qualité et sécurité des soins au niveau des fournitures. Démarche déléguée afin de contacter les fournisseurs au Canada et aux États-Unis pour obtenir leurs recommandations sur les bonnes pratiques reliées à leurs produits ;
- consulter la conseillère ou le conseiller en soins infirmiers à la Direction de santé publique, services des maladies infectieuses et santé environnementale.

2.6 ACTIONS DÉCOULANT DE CETTE DÉMARCHE

- bonifier les documents d'encadrement et la méthode de soins informatisée en collaboration avec la conseillère ou le conseiller cadre à la Direction des soins infirmiers au service compétences, soutien et encadrement clinique ;
- produire un document *Avis clinique*, afin d'influencer la pratique ;
- Détailler et guider la démarche de soins dans les avis : enseignement, rencontre interdisciplinaire, examen clinique, documentation légale, suivi d'évaluation, etc. ;
- prôner la prise de **décision partagée** dans l'avis clinique ;
- présenter ces travaux aux gestionnaires de la DHSLD ;
- soutenir le processus de consultation auprès d'acteurs clés ciblés afin d'influencer la pratique ;
- effectuer une présentation, le 1^{er} octobre 2024, à la communauté de pratique sur les soins à l'aîné, chapeauté par Philippe Voyer, dans le but de déposer nos travaux afin d'influencer, de guider et d'inspirer la pratique clinique en lien avec ce sujet d'actualité.

CONCLUSION

La présente démarche, conçue à titre indicatif, repose sur une approche expérimentale. Ce processus a mené à la rédaction des deux avis pouvant servir de références pour ces pratiques cliniques. Ces avis cliniques pourront être enrichis grâce à vos expertises et expériences.

Il est essentiel de partager les résultats de ces travaux en lien avec la notion de soin non balisé dans nos organisations et l'importance que cela revêt pour les personnes hébergées. En effet, il est parfois difficile de se positionner sans avoir fait préalablement une démarche crédible et rigoureuse.

Nous croyons que ce processus peut constituer un exemple pour les différents professionnels de la santé confrontés à une situation où le personnel de soins infirmiers se sent mitigé quand vient le temps de faire la part des choses entre le désir de la personne hébergée et les pratiques exemplaires. C'est précisément dans ces cas cliniques qu'une démarche de prise de décision partagée prend tout son sens.

RÉDACTION

Julie Brulotte, B.Sc., M. Sc, DESS

Conseillère cadre clinicienne en qualité et sécurité des soins, volet stomathérapie, fournitures de soins et accès vasculaires

Infirmières praticiennes spécialisées et Qualité et sécurité des soins

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Mélissa Leblanc, M. Sc. Inf. (ét.)

Conseillère cadre clinicienne intérimaire en milieux d'hébergement

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Anne-Marie Robillard, B. Sc. Inf.

Conseillère en soins infirmiers en compétences, soutien et encadrement clinique

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle,

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Nicholas Tzouannis, MD, CMFC

Hôpital et centre d'hébergement Argyll

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Professeur enseignement clinique, Département de médecine de famille

Université de Sherbrooke

3. COLLABORATION

Annie Grégoire, M. Sc. Inf.

Conseillère cadre clinicienne en milieux d'hébergement

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Matthieu Lafontaine-Godbout, MD

Médecin - Unité de réadaptation fonctionnelle intensive, hôpital de jour et soins de longue durée

Direction des services professionnels

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Sara Lemieux-Doutreloux, M. Sc. Inf

Conseillère cadre clinicienne en oncologie et maladies chroniques

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Hélène Michaud, M. Sc. Inf., D.E.S.S., IPSSA

Conseillère cadre clinicienne en Médecine/Santé publique

Membre du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Élisa Mileto, M. Sc. Inf (c.)

Stagiaire de maîtrise sous l'accompagnement de Stacy Corriveau, M. Sc. Inf., conseillère cadre clinicienne en urgences

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Philippe Voyer, inf., Ph. D.

Vice-doyen aux études de 1er cycle et à la formation continue

Professeur titulaire

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

4. CONSULTATION

Julie Blanchette, Inf. B. Sc., candidate LL.M. Droit et Politiques de la santé
Conseillère en soins infirmiers en pratique professionnelle et champs d'exercices
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Guillaume Carette, Bac S.
Gestionnaire responsable par intérim | Maison des aînés et alternatives de Sherbrooke
Direction de l'hébergement en soins de longue durée
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Sylvie Gaudreau, Inf. M. Sc.
Conseillère cadre clinicienne en compétences, soutien et encadrement clinique
Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Céline Jodar, M. Sc. B. Sc. Inf.
Coordonnatrice développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
Membre du Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)
Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Vanina Lavoie, M. Sc. inf. MBA
Conseillère cadre clinicienne en hébergement
Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Maxime Moisan, B. Sc. Inf.

Conseiller en soins infirmiers en compétences, soutien et encadrement clinique
Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire de Sherbrooke

ANNEXE 1 - AVIS CLINIQUE : BAIN À LA BAIGNOIRE CHEZ LES PERSONNES PORTEUSES D'UN CATHÉTER URINAIRE À DEMEURE



AVIS CLINIQUE

BAINS À LA BAIGNOIRE CHEZ LES PERSONNES HÉBERGÉES PORTEUSES D'UN CATHÉTER URINAIRE À DEMEURE

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

MARS 2025

MISE EN CONTEXTE

À la suite de questionnements rapportés par l'équipe de la direction de l'hébergement et des soins de longue durée (DHSLD), une démarche de réflexion s'est amorcée en lien avec la décision de donner un bain à la baignoire ou non à la personne hébergée, lorsque celle-ci est porteuse d'un cathéter urinaire à demeure. Les soins d'hygiène dans ce contexte clinique ne sont pas encadrés officiellement, et ce pour tous les types de cathéters vésicaux. L'analyse de cette situation est basée sur les pratiques des meilleures évidences et repose sur les trois aspects complémentaires suivants : données probantes, expertise clinique, préférences de la personne hébergée (Evans et Mints, 2022).

Dans une perspective humaniste et holistique et dans le but de préserver la qualité de vie et la capacité d'autodétermination des personnes hébergées, l'évaluation des risques et des bénéfices alimente aussi les réflexions. Il est intéressant d'intégrer la notion de prise de décision partagée (PDP) dans cette situation clinique particulière.

La PDP est un processus par lequel un choix de soins en santé est effectué à la fois par le professionnel de la santé et la personne hébergée, soit une dyade professionnel-patient. Comparé à l'approche traditionnelle, l'implication des personnes dans leurs soins en tant que partenaires, en utilisant la PDP, augmente leur satisfaction et corrèle avec une meilleure qualité de vie. (Légaré et al., 2008).

En lien avec la prise de décision partagée, les aides à la décision quant au soin désiré réduisent la passivité des personnes dans le processus de prise de décision, améliorent les connaissances de celles-ci sur les options cliniques, augmentent les attentes réalistes, réduisent les conflits décisionnels et le nombre de personnes qui restent indécises, augmentent la satisfaction à l'égard du processus décisionnel et augmentent la congruence entre les préférences des personnes et les options cliniques sélectionnées. (Légaré et al., 2008).

En considérant les données collectées et leurs analyses, il est évident que celles-ci font appel au leadership clinique lors du processus réflexif pouvant influencer les pratiques. Il s'agit de promouvoir le rôle d'advocacy et de leadership du personnel infirmier afin de soutenir la personne hébergée, sa famille et ses proches.

DÉMARCHE

En contexte d'hébergement et de soins de longue durée, il est essentiel de considérer plusieurs concepts inter reliés qui s'influencent mutuellement. Il apparaît donc primordial de reconnaître que les milieux d'hébergement sont non seulement des milieux de vie, mais aussi des milieux de soins et qu'ils se situent dans un environnement particulier propre à la mission et aux valeurs qui leur sont rattachés. Des démarches ont été entreprises pour analyser plus précisément cette situation.

Ces questionnements liés à la pratique clinique recommandée, pour le bain à la baignoire des personnes hébergées porteuses de cathéter urinaire à demeure, ont été adressées dans le cadre d'un sondage électronique auprès des membres de la communauté de pratique sur les soins à l'ainé en centre d'hébergement, chapeauté par le Pr. Philippe Voyer. Les réponses recueillies se sont avérées partagées entre le fait de donner un bain ou non.

Divers acteurs et instances ont aussi été consultés, dont la prévention et le contrôle des infections, le comité d'éthique clinique et organisationnelle, la gestion des risques, des médecins, une urologue et le groupe de travail sur les soins urinaires du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Des documents d'encadrement de la pratique clinique ont également été consultés, tels que les méthodes de soins informatisées (MSI) ainsi que les lignes directrices l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Puis, une recherche documentaire a été effectuée auprès des sources suivantes : Ovid Medline, Embase, CINAHL, PubMed, Dyna Med.

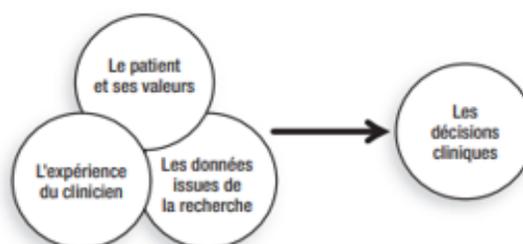
RISQUES VERSUS BÉNÉFICES

En fait, cette question clinique vient mettre en lumière la démarche concertée que le personnel infirmier doit faire, afin d'en arriver à soutenir la personne hébergée lors de la présence d'une situation nécessitant l'évaluation des risques et des bénéfices d'un soin. Ensuite, la décision retenue quant au soin doit être cohérente et en harmonie avec l'objectif de soins de la personne hébergée, les ressources disponibles ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Il est impératif de s'assurer de tenir compte de la situation clinique particulière de la personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM), de traumatisme crânio cérébral (TCC), de déficiences intellectuelles (DI), etc. Les professionnels doivent être orientés sur les désirs exprimés de la personne hébergée avant l'apparition de la maladie et les désirs actuels des proches qui peuvent être en contradiction avec les comportements actuels de la personne concernant les soins. En considérant ces aspects cliniques et en tenant compte de ses capacités de communication, une démarche de gestion des refus des soins peut être initiée au besoin.

La pratique fondée sur des preuves doit compléter et non remplacer le jugement clinique du soignant découlant de son expérience clinique, dans l'adaptation des soins à chaque personne hébergée. Par ailleurs, la démarche clinique et la prestation de soins sur le plan culturel, social et individuel sont complémentaires, et non contradictoires. (Evans et Mints, 2024). Cette démarche mène à la prise de décision clinique.

Les composantes de la décision clinique reposant sur les données probantes⁶



Source : Caire-foa Nathalie, Sanche Gilbert. (2010) Je pense donc je soigne les dessous de la décision clinique. Le Médecin du Québec; 45(5) : 47

RISQUES ET BÉNÉFICES CONSIDÉRÉS DANS LA PRISE DE DÉCISION PARTAGÉE

Désavantages du bain

Pour les porteurs de cathéter urinaire à demeure

- Augmentation des risques d'infection et de morbidité (Strouse, 2015).
- Augmentations des coûts pour le réseau de la santé (Strouse, 2015), (INSPQ, 2019).
- Augmentation de l'utilisation d'antibiotiques avec risques de multiplier les résistances bactériennes, les effets secondaires ou les complications aux antibiotiques.
- Peut augmenter l'agitation chez certains usagers.

Avantages du bain

Pour les porteurs de cathéter urinaire à demeure

- S'inscrit dans la philosophie des soins centrés sur la personne où on respecte ses préférences, ses valeurs, ses traditions culturelles, son bien être émotionnel et physique. (NEJM, 2017).
- Possibilité de diminuer l'agitation et d'améliorer l'alliance thérapeutique.
- Augmentation de la satisfaction des soignants en prodiguant des soins choisis par la personne hébergée.
- Encourage la culture institutionnelle à mettre la personne hébergée au centre de nos préoccupations.
- Bienfaits sur le plan physique et psychologique (Goto et al., 2018).

PRATIQUES OBSERVÉES

La pratique clinique actuelle diffère d'un milieu à l'autre. Les milieux cliniques sondés sur leurs pratiques respectives ont fourni les réponses suivantes :

- Ouvrir le circuit du cathéter urinaire et utiliser un bouchon pour fermer le circuit lors du bain de manière stérile;
- Surélever le sac de drainage et le placer hors du bain afin de pouvoir procéder au soin d'hygiène;
- Immerger le sac de drainage urinaire dans l'eau du bain;
- Interdire à la personne hébergée de prendre un bain lorsque cette dernière est porteuse d'un cathéter urinaire à demeure.

Le refus de donner le bain découle généralement des risques d'infections urinaires ainsi que du souci de ne pas endommager le cathéter urinaire en l'immergeant dans l'eau chaude.

Il est vrai que les experts, les fournisseurs, les comités et la littérature consultée ont un avis convergeant vers le fait que la douche serait à privilégier et non le bain à la baignoire lorsqu'une personne hébergée est porteuse d'un cathéter urinaire à demeure (Association des urologues du Canada, 2023), (Fraser Health, 2022), (Hamilton Health Sciences, 2015), (WebMD, 2022), (CHUL, 2017), (BAUS, 2020), (Gould et al., 2009), (AHS, 2017), (MKUH, 2024), (NHS, 2023).

Cependant, d'autres situations de soins d'hygiène peuvent présenter des risques et ceux-ci ne sont pas nécessairement remis en question, tels que les récipients utilisés lors des soins d'hygiène à la chambre (Johnson et al., 2009), (Miranda et al., 2023), (Strouse, 2015), (Marchaim et al., 2012). En effet, leurs utilisations fréquentes pour des tâches comme le nettoyage de l'incontinence et la collecte de vomissement peuvent occasionner des risques de contamination lorsque ceux-ci sont utilisés pour la toilette partielle de la personne hébergée. Le stockage de produits d'hygiène dans les bassins contribue de façon significative à la contamination croisée (Flores et al., 2023). De plus, l'utilisation du lavabo pour ces soins pourrait être également une situation à questionner quant aux pratiques exercées dans les milieux de soins concernant la prévention des infections urinaires.

CADRE NORMATIF ET LÉGISLATIF DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN SOINS INFIRMIERS

Considérant que La DSI a des responsabilités qui lui sont confiées en vertu de la *Loi sur les services de santé et des services sociaux* (LSSSS), particulièrement en matière de contrôle de la qualité des activités de soins habituellement réalisées par un professionnel en soins infirmiers. (LSSSS, article 207).

Considérant que L'infection urinaire associée à l'utilisation d'un cathéter urinaire est l'infection nosocomiale la plus fréquente à travers le monde. Au Québec, on peut estimer que le nombre d'infections urinaires dans les hôpitaux se situe entre 1627 et 6100 et représente un coût de 1,4 à 6,1 millions \$ pour le réseau de la santé. (INSPQ, 2019).

- Considérant que Le programme québécois des soins sécuritaires vise la prévention des infections associées aux soins de santé par la mise en œuvre de stratégies basées sur l'application d'ensembles de pratiques exemplaires, la mesure de leur conformité et la mesure de leur impact sur les taux d'incidence des infections. (MSSS, 2019).
- Considérant que L'Association des urologues du Canada recommande aux personnes porteuses de cathéter urinaire de privilégier la douche et d'éviter l'immersion dans l'eau (bain, jacuzzi, natation). (Association des urologues du Canada, 2023).
- Considérant que Dre Ismail Salima, urologue au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, soutient que les pratiques de soins urinaires basées sur les lignes directrices ne préconisent pas le bain à la baignoire.
- Considérant que Les services sont conçus conjointement avec les usagers et les familles, (Agrément Canada, 2021).
- Considérant que Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. (LSSSS, S-4.2).
- Considérant que Le consentement aux soins est un processus décisionnel qui permet de déterminer le soin le plus approprié pour la personne hébergée à un moment de sa vie et en fonction de l'évolution de sa maladie, tout en partageant la responsabilité de la décision. (CMQ, 2023)
- Considérant que Le droit à l'autodétermination doit dépasser les relations dites paternalistes en s'assurant d'obtenir un consentement libre et éclairé. (Philips-Nootens et Kourri, 2021).
- Considérant que Selon la vision de la Politique en hébergement, le fait de tenir compte que la personne hébergée évolue au sein de ce nouveau milieu de vie et que cela doit s'inscrire le plus possible en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, ses besoins, sa culture et sa langue. Le milieu de vie et de soins évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne (MSSS, 2022).
- Considérant que Une politique du risque zéro permet d'éliminer les dangers, mais elle élimine aussi la vie. Les valeurs de liberté et de qualité de vie doivent pouvoir l'emporter sur le risque zéro si c'est ce que souhaite la personne soignée. (Voyer, 2024).
- Considérant que Dre Ismail Salima, urologue au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, exprime qu'une discussion avec les personnes hébergées concernant l'importance du bain pour la personne porteuse d'un cathéter urinaire à demeure, peut mener à la prise d'une décision conjointe.

RECOMMANDATIONS

La finalité de ce processus clinique réflexif, est que le bain à la baignoire peut être donné par le personnel de soins, malgré la présence d'un cathéter urinaire à demeure et les risques associés.

Non seulement la démarche appliquée dans cet avis a permis de mettre en lumière que la douche est à privilégier chez cette clientèle, mais elle a permis d'initier un processus décisionnel interdisciplinaire cohérent avec l'autodétermination, les besoins, les désirs et les valeurs de la personne hébergée et de ses proches ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Advenant la présence d'incertitudes entre les risques et les bénéfices d'un bain versus une douche, une position intermédiaire peut être proposée. L'option serait de tenter les bains, de réévaluer les impacts cliniques et de réajuster la décision clinique au besoin.

La sagesse pratique vient guider l'orientation des soins dans l'accompagnement du choix de la personne hébergée lorsque la décision est de répondre à la demande de recevoir un bain malgré les risques inhérents.

Ces recommandations s'adressent aux professionnels de la santé et aux gestionnaires de la DHSLD.

Le tableau page suivante illustre les étapes de la démarche clinique recommandée.

DÉMARCHES CLINIQUES RECOMMANDÉES	
Étape 1	Identifier le besoin nommé par la personne hébergée.
Étape 2	Tenir compte de l'objectif de soins.
Étape 3	S'assurer de l'aptitude ou de l'inaptitude afin d'obtenir le consentement libre et éclairé de la personne hébergée ou de la personne autorisée à consentir aux soins.
Étape 4	Déceler un écart entre l'encadrement des pratiques et le soin souhaité.
Étape 5	Discuter des risques et des bénéfices du soin en rencontre interdisciplinaire.
Étape 6	Se référer à la MSI bonifiée en lien avec l'encadrement des pratiques concernant les soins urinaires : <i>Prévention des infections urinaires associées à un cathéter urinaire (IVUAC)</i> .
Étape 7	Procéder à l'examen clinique de la personne hébergée afin d'évaluer sa condition clinique (anamnèse et examen physique).
Étape 8	Intégrer la notion de décision partagée dans la démarche de soins.
Étape 9	Décider, avec la personne hébergée et ses proches, du fait de donner un bain ou non.
Étape 10	Documenter les éléments cliniques de la décision au niveau du plan thérapeutique infirmier (PTI), du plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et du plan de travail du préposé aux bénéficiaires.
Étape 11	Réévaluer si changement de l'état clinique de la personne hébergée.
Étape 12	Respecter les procédures de désinfection en vigueur du matériel servant à l'hygiène des résidents.

RÉFÉRENCES

- Agrément Canada. (2021). *Soutien à l'autonomie des personnes âgées : Manuel d'évaluation*. Repéré à : https://intranet.ciusss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/05_CIUSSSE_CHUS/agrement/Manuels_evaluation/Manuel_SAPA.pdf
- Alberta Health Services. (2017). *When you have an indwelling catheter: Care instructions*. Repéré à : <https://myhealth.alberta.ca/Alberta/AlbertaDocuments/when-you-have-an-indwelling-catheter-care-instructions-printable.pdf>
- Association des urologues du Canada. (2023). *Entretien d'un cathéter urétral*. Repéré à : https://www.cua.org/system/files/PIB/PIB%208_fr_web2023.pdf
- British Association of Urological Surgeons. (2020). *Management of a urethral catheter: Information from the British Association of Urological Surgeons (BAUS) about bladder catheters*. British Association of Urological Surgeons. Repéré à : https://www.baus.org.uk/_userfiles/pages/files/Patients/Leaflets/Catheter.pdf
- Collège des médecins du Québec, & Barreau du Québec. (2023). *Le médecin et le consentement aux soins*. Repéré à : <https://cms.cmq.org/files/documents/Guides/cmq-guide-consentement-soins.pdf>

- CHU de Québec-Université Laval. (2017). *Les soins de votre sonde urinaire*. Repéré à : <https://www.chud.californie/obtenir/1-e6-492-840a-141379ebd0e/s.comme>
- CIUSSSE de l'Estrie - CHUS. (2024). *Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population*. Repéré à : <https://intranet.ciussse-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/index.php?id=344>
- CIUSSS de l'Estrie - CHUS. (2019). *Agir pour et avec l'utilisateur : notre approche expliquée simplement*. Repéré à : <https://www.santeestrie.qc.ca/nouvelle/agir-pour-et-avec-lusager-notre-approche-expliquee-simplement>
- Evans, A. T., & Mints, G. (2024). Evidence-based medicine. Dans C. Armsby (Éd.), *UpToDate*. Repéré à : <https://www.uptodate.com/contents/evidence-based-medicine>
- Flores, B., Pra, C. D., Kiley, B., Corbett, B., Siebeneck, E., Sederstrom, J., & Aliory, C. (2023). Keeping it clean: Sanitizing bath basins to reduce catheter-associated urinary tract infections (CAUTI). *Arizona Nurse*, 76(3), 9-9
- Fraser Health. (2022). *Urinary catheter care*. Fraser Health Authority. Repéré à : <https://patienteduc.fraserhealth.ca/file/urinary-catheter-care-3046.pdf>
- Goto, Y., Hayasaka, S., Kurihara, S., & Nakamura, Y. (2018). Physical and mental effects of bathing: A randomized intervention study. *PubMed*. Repéré à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29977318/>
- Gould, C. V., Umscheid, C. A., Agarwal, R. K., Kuntz, G., Pegues, D. A., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2019, June 6). *Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009*. Centers for Disease Control and Prevention. Repéré à : <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines-h.pdf>
- Hamilton Health Sciences. (2015). *Going home with a urinary catheter – for women*. Hamilton Health Sciences. Repéré à : <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2019/08/UrinaryCatheterGoingHomeFemale-th.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2019). *La prévention des infections des voies urinaires associées aux cathéters*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2604>
- Johnson, D., Lineweaver, L., & Maze, L. M. (2009). Patients' bath basins as potential sources of infection: A multicenter sampling study. *American Journal of Critical Care*, 18(1), 31-38, 41; discussion 39-40.
- Légaré, F., Elwyn, G., Fishbein, M. et al. (2008). *Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts*. *Implementation Sci* 3 (2). Repéré à : <https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-2>
- Marchaim, D., Taylor, A. R., Hayakawa, K., Bheemreddy, S., Sunkara, B., Moshos, J., Chopra, T., Abreu-Lanfranco, O., Martin, E. T., Pogue, J. M., Lephart, P. R., Panda, S., Dhar, S., & Kaye, K. S. (2012). Hospital bath basins are frequently contaminated with multidrug-resistant human pathogens. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 562-564. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.07.014>
- Milton Keynes University Hospital NHS Foundation Trust. (2024). *Going home with a catheter*. Repéré à : <https://www.mkuh.nhs.uk/patient-information-leaflet/going-home-with-a-catheter>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). *Programme québécois des soins sécuritaires : Guide d'implantation et de suivi pour les établissements de santé et de services sociaux*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002342/#:~:text=Le%20POSS%20vise%20la%20pr%C3%A9vention,taux%20d'incidence%20des%20infections>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022). *Plan d'action pour l'hébergement de longue durée 2021-2026 : Pour le mieux-être des personnes hébergées*. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-814-01F.pdf>
- Miranda, M. E. Q., Rosa, M. R., Castro, M., Fontes, C. M. B., & Bocchi, S. C. M. (2023). Nursing protocols to reduce urinary tract infection caused by indwelling catheters: An integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), e20220067. Repéré à : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0067>
- NEJM. (2017). *What is patient-centered care?* Repéré à : <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559>
- North Tees and Hartlepool NHS Foundation Trust. (2023, September 26). *How to look after your urinary catheter*. Repéré à : <https://www.nth.nhs.uk/resources/how-to-look-after-your-urinary-catheter/>
- Strouse, A. C. (2015). Appraising the literature on bathing practices and catheter-associated urinary tract infection prevention. *PubMed*. Repéré à : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26298937/>

- Voyer, P. (2024). *Une politique du risque zéro permet d'éliminer les dangers, mais elle élimine aussi la vie...* Repéré à : <https://www.philippevoyer.org/publication/une-politique-du-risque-z%C3%A9ro-permet-d-%C3%A9liminer-les-dangers-mais-elle-%C3%A9limine-aussi-la-vie>
- WebMD Editorial Contributors. (2022). *How should I take care of my indwelling urinary catheter?* WebMD LLC. Repéré à : <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/indwelling-urinary-catheter>

RÉDACTION

Mélissa Leblanc, M. Sc. Inf. (ét.)

Conseillère cadre clinicienne intérimaire

Milieux d'hébergement

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Anne-Marie Robillard, B. Sc. Inf.

Conseillère en soins infirmiers

Compétences, soutien et encadrement clinique

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Nicholas Tzouannis, MD, CMFC

Hôpital et centre d'hébergement Argyll

Centre intégré universitaire de santé et de service sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Professeur enseignement clinique, Département de la médecine de famille

Université de Sherbrooke

COLLABORATION

Julie Brulotte, B.Sc., M. Sc, DESS

Conseillère cadre clinicienne en qualité et sécurité des soins, volet stomathérapie, fournitures de soins et accès vasculaires

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Annie Grégoire, M. Sc. Inf.

Conseillère cadre clinicienne en milieux d'hébergement

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Sara Lemieux-Doutreloux, M. Sc. inf

Conseillère cadre clinicienne en oncologie et maladies chroniques

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle,

Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Direction des soins infirmiers

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Philippe Voyer, inf., Ph.D.

Vice-doyen aux études de 1^{er} cycle et à la formation continue
 Professeur titulaire
 Faculté des sciences infirmières
 Université Laval

CONSULTATION**Julie Blanchette**, Inf. B. Sc., candidate LL.M. Droit et Politiques de la santé

Conseillère en soins infirmiers en pratique professionnelle et champs d'exercices
 Direction des soins infirmiers
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Guillaume Carette, Inf aux.

Gestionnaire responsable par intérim
 Maison des aînés et alternatives de Sherbrooke
 Direction de l'hébergement en soins de longue durée
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Adélaïde Doussau

Conseillère-cadre en éthique clinique et organisationnelle
 Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Sylvie Gaudreau, Inf. M. Sc.

Conseillère cadre clinicienne en compétences, soutien et encadrement clinique
 Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
 Direction des soins infirmiers
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Julie Gladu

Coordonnatrice de la pratique infirmière avancée
 Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
 Direction des soins infirmiers
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Andréane Hamel, M.Sc., Inf.

Conseillère en soins infirmiers en compétences, soutien et encadrement clinique
 Qualité et évolution de la pratique professionnelle
 Direction des soins infirmiers
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Céline Jodar, M.Sc. B.sc. inf.

Coordonnatrice développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
 Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
 Membre du Comité d'éthique clinique et organisationnelle (CÉCO)
 Direction des soins infirmiers
 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Vanina Lavoie, M. Sc. inf. MBA

Conseillère cadre clinicienne en milieux d'hébergement
Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle,
Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Hélène Michaud, M. Sc. inf., D.E.S.S., IPSSA

Conseillère cadre clinicienne en médecine/Santé publique
Membre du Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Élisa Mileto, M. Sc. Inf. (ét.)

Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle
Coordination du développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Maxime Moisan, B. Sc. Inf.

Conseiller en Soins Infirmiers
Volet compétences, soutien et encadrement clinique
Direction des soins infirmiers
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Catherine Quirion, inf.

Gestionnaire responsable du CHSLD St-Joseph
Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Nathalie Tremblay

Conseillère-cadre en éthique clinique et organisationnelle
Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

ANNEXE 2 – RECOMMANDATION DE LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS : SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE



10 JANVIER 2025

MISE EN CONTEXTE

À l'hiver 2024, la direction des soins infirmiers (DSI) a été informée de l'utilisation des systèmes flash de surveillance de la glycémie FreeStyle Libre 2 dans différents milieux, dont les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les maisons des aînés et alternatives (MDAA). Face à cette nouvelle pratique, plusieurs gestionnaires de la direction de l'hébergement en soins de longue durée (DHSLD) ont sollicité notre soutien. Conséquemment, différents enjeux ont été rapportés, dont des problèmes liés à la qualité et à la sécurité des soins en raison de l'absence d'encadrement de cette technologie dans notre organisation. Bien que ces systèmes soient courants en première ligne et dans les cliniques de diabète, ils ne sont pas homologués pour le suivi intrahospitalier par Santé Canada (Gouvernement du Canada, 2014 ; INESSS, 2020).

Afin de soutenir les milieux cliniques tout en équilibrant les données probantes et une approche centrée sur l'utilisateur, la DSI a décidé d'agir rapidement. Les concepts d'autonomie, de qualité de vie et d'autodétermination sont essentiels, car de nombreux usagers utilisaient déjà cette technologie dans leur milieu de vie. Au-delà de l'analyse des risques et des bénéfices, il est impératif que les professionnels fassent preuve de sagesse pratique, tout en valorisant l'importance du processus de décision partagée avec l'utilisateur et ses proches.

Un groupe de travail a été créé pour analyser et encadrer cette pratique en partenariat avec les directions concernées. En attendant la conclusion de ces travaux, la DSI souhaite encadrer l'utilisation des systèmes de surveillance du glucose lorsqu'utilisés en milieux intrahospitaliers et en soins de longue durée.

DEFINITIONS

Les systèmes de surveillance de la concentration du glucose dans le liquide interstitiel se divisent en deux catégories principales : la surveillance en continu (SGC) et la surveillance flash (SFG).

SURVEILLANCE DU GLUCOSE EN CONTINU (SGC)

La SGC mesure le taux de glucose en continu grâce à un capteur sous la peau, un émetteur et un récepteur. Le capteur mesure le glucose dans le liquide interstitiel et envoie les données au récepteur, qui affiche les niveaux de glycémie et alerte en cas de variations importantes (Diabète Québec, 2021).

SURVEILLANCE FLASH DU GLUCOSE (SFG)

Les systèmes FreeStyle Libre et Libre 2 d'Abbott sont les seuls SFG disponibles. Ils comprennent un capteur avec un filament souple inséré sous la peau du bras et un lecteur. Les mesures de glucose sont générées toutes les 15 minutes et le lecteur affiche les résultats par balayage au-dessus du capteur. Il fournit des données telles que le temps passé dans la plage cible de glycémie, le nombre d'hypoglycémies et les tendances de variation du glucose. Bien qu'homologué pour les décisions de traitement, certaines conditions nécessitent des tests capillaires (INESSS, 2020 ; Diabète Québec, 2021).

ENJEUX

- Les critères de la RAMQ ne permettent ni le remboursement ni le remplacement des capteurs utilisés chez un usager hospitalisé ou hébergé. En moyenne, selon le fabricant, ces capteurs coûtent 250 \$ par mois par usager, tandis que le coût du lecteur s'élève à 50 \$. En l'absence de contrat avec le Centre d'acquisitions gouvernementales (CAG), ces coûts, plus élevés que ceux associés à la glycémie capillaire, représentent un impact budgétaire significatif pour l'organisation.
- La glycémie capillaire est un examen de biologie médicale délocalisée (EBMD) soumise à l'accréditation ISO-15189, tandis que la glycémie interstitielle n'est pas soumise à ces contrôles de qualité.
- Il existe un décalage temporel de 10 à 30 minutes entre les valeurs affichées du glucose interstitiel et celles de la glycémie capillaire (Phirmis & Bauduceau, 2022 ; Rebrin et al., 2010).
- Les résultats des systèmes de surveillance du glucose ne peuvent communiquer avec les dossiers cliniques informatisés en place et conséquemment les résultats n'y sont pas transférés.
- L'administration d'insuline selon une échelle et les ordonnances collectives en vigueur dans nos établissements pour le traitement correctif d'une hypoglycémie ne peuvent être appliqués sur un résultat de glycémie interstitielle.
- Actuellement, le CIUSSS de l'Estrie – CHUS ne détient pas de formation sur l'utilisation des systèmes de surveillance des concentrations de glucose dans le liquide interstitiel et sur l'interprétation des résultats ni de document d'encadrement clinique. Le personnel infirmier ne détient donc pas les connaissances et les compétences nécessaires pour utiliser adéquatement ce système.
- Le dispositif FreeStyle est déjà présent dans certaines unités, notamment en soins d'hébergement de longue durée et dans les MDAA, et est utilisé sans balise claire ou d'encadrement clinique particulier.
- Certaines initiatives locales ne respectaient pas le processus habituel d'acquisition de fournitures via la direction de l'approvisionnement et de la logistique (DAL), notamment pour les échantillons, ce qui est essentiel pour assurer la traçabilité des fournitures utilisées dans l'organisation en cas d'avis ou de rappel.
- L'équipement disponible dans nos installations ne permet pas la lecture des résultats de glycémie de ces capteurs. Ils nécessitent le téléphone intelligent de l'utilisateur avec l'application FreeStyle Libre 2 ou un lecteur spécifique.
- Le fabricant précise que le capteur peut parfois afficher des valeurs erronées, non seulement en cas de variation rapide de la glycémie, mais également en présence de substances interférentes telles que l'acide ascorbique (vitamine C) et les médicaments qui contiennent de l'acide salicylique (ex. : Aspirin). Il précise également qu'il ne faut pas se fier uniquement aux messages provenant du capteur si l'utilisateur participe à des activités.

CADRE NORMATIF ET LÉGISLATIF DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

- | | |
|-----------------|--|
| Considérant que | La DSI détient des responsabilités qui lui sont confiées en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), particulièrement en matière de contrôle de la qualité et de la sécurité des activités de soins habituellement réalisées par un professionnel en soins infirmiers. |
| Considérant que | Le système FreeStyle Libre est indiqué pour mesurer le taux de glucose dans le liquide interstitiel chez les personnes âgées de moins de 18 ans atteintes de diabète de type 1 ou chez les adultes âgés de 18 ans et plus qui doivent être traités par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline par jour) et qui satisfont aux 3 critères suivants : non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie, ou des épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie, ou d'une inhabilité à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie (INESSS, 2024 ; RAMQ, 2020). |

10 JANVIER 2025

- Considérant que Plusieurs auteurs présentent des résultats prometteurs, cependant les SFG ne sont pas indiqués pour une utilisation intrahospitalière (Santé Canada, 2021 ; INESSS, 2020).
- Considérant que Une méthode de soins informatisée existe sur la mesure de la glycémie avec système SFG.
- Considérant que L'article 10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être, et qu'il a notamment le droit de contribuer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103 (LSSSS, 1999).
- Considérant que L'organisation met de l'avant le principe « pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population », tant dans la prestation que dans l'organisation des soins et des services, pour répondre aux besoins individuels et collectifs de santé et de bien-être (CIUSSS-CHUS, 2017).
- Considérant que L'organisation valorise la préservation de l'autonomie et le développement du plein potentiel des usagers en centrant ses décisions sur ces principes (CIUSSS-CHUS, 2024).
- Considérant que Le SFG n'est pas un service offert ni recommandé dans nos établissements pour la clientèle hospitalisée ou hébergée, et que, conformément à l'article 13 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les services de santé doivent s'exercer en fonction des ressources humaines, matérielles et financières disponibles dans l'établissement, il est justifié que les coûts liés à l'utilisation de ce système soient assumés par les usagers qui souhaitent en faire usage.

GESTION DES RISQUES

- Considérant que Le système SFG ne génère pas d'alerte ni d'alarme en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie. Les résultats de glycémie ne sont disponibles que lorsque le capteur est balayé d'un téléphone intelligent ou d'un lecteur spécifique (Santé Canada, 2021).
- Considérant que Lorsque l'utilisateur est familier avec le SFG et qu'il refuse de revenir aux glycémies capillaires, le risque de ne pas mesurer la glycémie nous apparaît préjudiciable en lien avec l'évaluation des risques/bénéfices.
- Considérant que Lors de la présence d'une instabilité clinique d'un usager, le personnel infirmier ne pourra pas se fier à la lecture du SFG seulement et devra par conséquent effectuer une glycémie capillaire.
- Considérant que Pour un effet optimal de l'utilisation d'un dispositif SFG, l'utilisateur doit être activement impliqué dans la gestion de sa maladie et en faire une utilisation assidue (INESSS, 2024).
- Considérant que Selon l'examen de Santé Canada et les conditions énoncées dans l'homologation, on considère que le rapport entre les avantages et les risques du système flash de surveillance de la glycémie FreeStyle Libre est acceptable pour mesurer le taux de glucose dans le liquide interstitiel chez les adultes âgés de 18 ans et plus (Gouvernement du Canada, Santé Canada, 2014).
- Considérant que Dans le cas où un usager arrive dans l'établissement avec un système de surveillance du glucose déjà en sa possession et que celui-ci est perdu ou endommagé par la responsabilité de l'établissement, les responsabilités légales pourraient obliger ce dernier à couvrir les coûts associés. Cependant, si le système devait briser dans ces circonstances, chaque situation serait évaluée individuellement en collaboration avec l'équipe des services juridiques, en tenant compte des particularités et du contexte spécifique.

AVIS CLINIQUE

À la suite de notre démarche et de la consultation de la littérature scientifique, il est possible de constater que :

- Selon le manuel d'utilisation du fabricant dans INESSS (2018), les décisions liées au traitement du diabète ne doivent pas être prises uniquement en s'appuyant sur les résultats de glucose obtenus en temps réel au moyen du capteur.
- Lors de leur admission dans une unité hospitalière ou en soins d'hébergement et de longue durée, les usagers souhaitent continuer à utiliser le SFG qu'ils utilisent à domicile et connaissent bien. Le retour à la glycémie capillaire est perçu comme ayant un impact majeur sur leur autonomie et leur qualité de vie.

La pratique liée au système SFG est en émergence dans nos milieux de soins et mérite un examen plus approfondi afin d'être en cohérence avec les alignements organisationnels, mais aussi avec les principes, notamment ceux du *Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population*. Une démarche d'analyse rigoureuse et concertée doit être effectuée lors de la présence d'un usager avec un SFG.

Malgré des recommandations contradictoires dans la littérature, l'évaluation des risques et bénéfiques est nécessaire pour assurer la qualité de vie des usagers en soins de longue durée. Respectant les principes fondamentaux d'autonomie, d'autodétermination des usagers et de prise de décision partagée, il est essentiel d'évaluer les implications de l'utilisation de cette technologie, plutôt que de se restreindre uniquement à la glycémie capillaire. Par ailleurs, il est primordial de respecter les choix des usagers, y compris leur droit de refus, conformément à l'article 10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), qui stipule que tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.

Conséquemment, la poursuite de l'utilisation du SFG pourrait être possible pour certains usagers, sous certaines conditions spécifiques.

CRITÈRES D'UTILISATION

Les critères de l'INESSS (2024) pour l'utilisation des SFG sont les suivants :

- Destiné à l'autosurveillance glycémique des personnes diabétiques âgées de 4 ans et plus.
- Lors de l'instauration du traitement :
 - Les personnes de moins de 18 ans doivent être atteintes de diabète de type 1.
 - Les personnes de 18 ans et plus doivent être sous insulinothérapie intensive (pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline par jour) et répondre à l'un ou plusieurs des critères suivants :
 - Non-atteinte des objectifs d'hémoglobine glyquée (HbA1c), malgré une gestion optimale de la maladie;
 - Épisodes fréquents d'hypoglycémie au cours de la dernière année, malgré l'adhésion au plan de gestion glycémique;
 - Incapacité à reconnaître ou signaler les symptômes d'hypoglycémie.
- L'utilisateur était déjà utilisateur d'un SFG à domicile avant son admission, a émis une demande spécifique de poursuivre l'utilisation de la technologie utilisée à domicile et refuse catégoriquement la glycémie capillaire.
- L'utilisateur doit présenter un état cliniquement stable, notamment pour son diabète.
- L'utilisateur est apte à consentir aux soins.
- L'utilisateur est capable d'utiliser la technologie pour lire les résultats (téléphone intelligent et application ou lecteur spécifique).

- Les coûts reliés à l'achat des capteurs et des lecteurs spécifiques doivent être assumés par les usagers, en tant que payeurs, et ne sont pas imputés au budget des unités de soins, mais pourraient être assumés par celles-ci selon les directives particulières du secteur.
- Le suivi des résultats devra être effectué avec le lecteur spécifique du SFG ou le téléphone intelligent de l'utilisateur seulement.
- Les fournitures doivent être acquises via la DAL selon le processus habituel d'achat.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES REQUISES

- S'assurer que le personnel infirmier possède les connaissances, les compétences et les habiletés cliniques requises quant à l'utilisation du SFG (incluant le lecteur spécifique au SFG) et les particularités entre la glycémie capillaire et interstitielle.
- Vérifier la capacité de l'utilisateur à consentir aux soins et s'assurer qu'il refuse de manière catégorique le recours à la glycémie capillaire. Accompagner l'utilisateur dans sa prise de décision face à ce refus catégorique.
- Enseigner les risques et les bénéfices à l'utilisateur et à ses proches.
- Évaluer la condition clinique préalablement et en continu.
- Réaliser une rencontre interdisciplinaire en s'adaptant à la réalité clinique de l'utilisateur et s'assurer de documenter la démarche de soins dans les différents outils (ex. : PTI, note d'évolution, PII-PSI).
- S'arrimer avec les différents collaborateurs des directions partenaires (ex. : DRIT, DAL, DSP, DSI, DSM, GBM, etc.) lors de l'utilisation du SFG.
- Effectuer la lecture de la glycémie interstitielle avec le lecteur spécifique SFG ou le téléphone intelligent de l'utilisateur. Celle-ci peut être réalisée par le personnel infirmier, l'utilisateur ou les proches.
- Appliquer le protocole d'hypoglycémie seulement en se basant sur les résultats d'une glycémie capillaire.
- S'assurer de documenter au dossier de l'utilisateur les résultats de glycémie interstitielle réalisés et les dysfonctions de l'appareil SFG.
- Administrer l'insuline selon le résultat du SFG, selon le jugement clinique et en conformité avec l'ordonnance médicale individuelle.

La réalisation d'un test par glycémie capillaire s'avère nécessaire dans certaines situations, notamment :

- Dans le but de confirmer une hypoglycémie ou une hyperglycémie signalée par les messages du système.
- En présence de signes cliniques ou de symptômes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.
- En cas de non-concordance des symptômes avec les résultats donnés par le SFG.
- En situations d'instabilité clinique pouvant avoir un impact sur la glycémie.
- Lors de toutes situations cliniques susceptibles d'affecter la glycémie, par exemple lors de l'introduction ou de l'ajustement de certains médicaments (ex. : Corticostéroïdes), lors de tableaux infectieux réels ou suspectés (ex. : Urinaire, pulmonaire, etc.), en présence de nausées et/ou de vomissements (ex. : Gastro, etc.).
- Lors de fluctuations rapides de la glycémie (Gouvernement du Canada, 2017).
- En présence de valeurs anormales comparativement aux valeurs habituelles.
- En cas de dysfonction de l'appareil de SFG ou de l'une de ses composantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abbott. (2018). Freestyle Libre. Repéré à <https://monfreestyle.ca/fr/produits/libre>
- Abbott. (2015). Freestyle Navigator II. User's Manual. Repéré à https://freestylelediabetes.co.uk/images/uploads/products/Navigator_2_ART22683-101_rev-B.pdf
- Abbott (s.d.). Welcome to your FreeStyle Libre system: In-service guide. Repéré à <https://www.myfreestyle.com/provider/sites/all/themes/provider20/pdf/FreeStyle-Libre-In-Service-Guide.pdf>
- CIUSSS de l'Estrie - CHUS. (2017). Cadre de référence pour une culture de soins et de services centrés sur l'utilisateur, ses proches et la population. https://intranet.ciuss-estrie-chus.reg05.rtss.qc.ca/clients/CIUSSS-CHUS/02_Boite_a_outils/Approche-centree-usager-proches/Cadre_de_reference.pdf
- Diabète Québec. (2021). Répertoire 2021 des produits pour la gestion du diabète. Diabète Québec. https://www.diabete.qc.ca/wp-content/uploads/2021/09/94416-DQC21-RepertoireProduits-Web-Clickable_Version-corrigee.pdf
- Donner, T., Eckman, A.S. et Saudek, C. (2013). Continuous Glucose Monitoring Systems. John Hopkins Medicine. Repéré à https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_Diabetes_Guide/547031/all/Continuous_Glucose_Monitoring_Systems
- Ganda, O. P., Sivanandy, M. S., Fedorowicz, Z., & Ehrlich, A. (2024). Continuous Glucose Monitoring (CGM). DynaMed. <https://www.dynamed.com/evaluation/glycemic-control-monitoring#GUID-40E6EF40-0ADC-4D2E-AB5F-97AA3BF29270>
- Gouvernement du Canada, Santé Canada (2014). Sommaire des motifs de décision—FreeStyle Libre Flash Glucose Monitoring System (Système flash de surveillance de la glycémie FreeStyle Libre) - Santé Canada. <https://hpr-rps.hres.ca/reg-content/sommaire-motif-decision-instruments-m%C3%A9dicaux-detailThree.php?linkID=SBD00477>
- Gouvernement du Canada, Santé Canada (2017). Sommaire des motifs de décision—FreeStyle Libre Flash Glucose Monitoring System (Système flash de surveillance de la glycémie FreeStyle Libre) - Santé Canada. <https://hpr-rps.hres.ca/reg-content/sommaire-motif-decision-instruments-m%C3%A9dicaux-detailThree.php?linkID=SBD00477>
- INESSS. (2024). FreeStyle Libre 2—Diabète. Extrait de l'avis au ministre sur FreeStyle Libre 2. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Novembre_2023/FreeStyle_Libre_2_2023_10.pdf
- INESSS. (2018). Système flash de surveillance du glucose (FreeStyle Libre, Abbott). Annexes. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_Annexes_FreeStyle.pdf
- INESSS. (2020). FreeStyle Libre—Diabète. Avis transmis à la ministre en mars 2020. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/FreeStyle_Libre_2020_03.pdf
- INESSS. (2020). Système de mesure du glucose en continu (Guardian ConnectMC, Medtronic). 40.
- INESSS. (2020). Système de mesure du glucose en continu (Guardian ConnectMC, Medtronic)—Annexes complémentaires. 13.
- INESSS. (2020). Système de mesure du glucose en continu (Dexcom G6, Dexcom)-Avis. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_Avis_Dexcom_G6.pdf
- INESSS. (2020). Système de mesure du glucose en continu (Dexcom G6, Dexcom). Annexes complémentaires. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_AnnCompl_Dexcom_G6.pdf
- Loi sur les services de santé et les services sociaux, Pub. L. No. S-4.2 (1999). <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2/19990401>
- OIIQ. (2020). La compétence professionnelle, une obligation déontologique**. OIIQ. <https://www.oiiq.org/la-compete-nce-professionnelle-une-obligation-deontologique>

10 JANVIER 2025

- Phirmis, L., & Bauduceau, B. (2022). La mesure en continu du glucose : Quels bénéfices pour mon diabète? Fédération française des diabétiques.
https://www.federationdesdiabetiques.org/public/content/1/doc/la_mesure_du_glucose_en_continu_quels_benefices_pour_mon_diabete.pdf
- RAMQ. (2019). Rappel concernant la couverture d'assurance du FreeStyle LibreMC.
<https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2019/info213-9.pdf>
- Weinstock, R. S., Nathan, D. M., & Rubinow, K. (2024). Patient education: Glucose monitoring in diabetes (Beyond the Basics)—UpToDate. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/glucose-monitoring-in-diabetes-beyond-the-basics>

Rédaction par :

Julie Brulotte

Conseillère cadre clinicienne – Qualité et sécurité des soins, volet stomothérapie, fournitures de soins et accès vasculaires
Direction des soins infirmiers – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Mélissa Leblanc

Conseillère cadre clinicienne intérimaire – Milieux d'hébergement
Direction des soins infirmiers – Volet développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche

Révision par :

Lawrence Fillion

Directeur adjoint des soins infirmiers
Direction des soins infirmiers – Qualité et évolution de la pratique professionnelle

Julie Gladu

Coordonnatrice – Pratique infirmière avancée
Direction des soins infirmiers – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle

Céline Jodar

Coordonnatrice – Développement de la pratique en soins infirmiers, mission universitaire et recherche
Direction des soins infirmiers

En collaboration avec :

Nadia Leboeuf

Conseillère cadre à la qualité et la sécurité des soins et des services
Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat

Hélène Michaud

Conseillère cadre clinicienne – Médecine et santé publique
Direction des soins infirmiers

Sara Lemieux-Doutreloux

Conseillère cadre clinicienne – Cancérologie et maladies chroniques
Direction des soins infirmiers

Geneviève Paquette

Conseillère cadre clinicienne – Jeunesse
Direction des soins infirmiers

Amanda Toupin

Stagiaire – Microbiologie
Direction des services multidisciplinaires

Dr Matthieu Lafontaine-Godbout

Médecin – Unité de réadaptation fonctionnelle intensive, hôpital de jour et soins de longue durée
Direction des services professionnels

ANNEXE 1 – SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DU GLUCOSE

	Système de surveillance du glucose en continu		Système flash de surveillance du glucose	
	Dexcom	Medtronic	Abbott	Abbott
	 Dexcom G6	 Guardian ^{MC} Connect	 FreeStyle Libre	 FreeStyle Libre 2
Indication	Personnes de 2 ans et plus	Personnes de 3 ans et plus	Personnes de 18 ans et plus	Personnes de 4 ans et plus
Sites d'insertion du capteur	2 à 17 ans : ventre et haut des fesses 18 ans et plus : ventre et partie supérieure arrière du bras	3 à 13 ans : ventre et haut des fesses 14 ans et plus : ventre et partie supérieure arrière du bras	Partie supérieure arrière du bras	Partie supérieure arrière du bras
Durée de vie du capteur	10 jours	Jusqu'à 7 jours	14 jours	14 jours
Types de récepteur	Téléphone intelligent, montre intelligente, récepteur autonome	Téléphone intelligent, montre intelligente, iPad, iPod	Lecteur, téléphone intelligent iOS ou Android	Lecteur, téléphone intelligent iOS ou Android
Application	Dexcom CLARITY	CareLinkMC Personal	Application FreeStyle LibreLink et logiciel LibreView	Application FreeStyle Libre 2 et logiciel LibreView
Particularités	<ul style="list-style-type: none"> Résultats et tendances de glycémie visibles en temps réel sur un appareil intelligent compatible Capteur et émetteur à l'épreuve de l'eau Surveillance à distance pour les aidants (jusqu'à 5) Si les résultats de glucose ne correspondent pas aux symptômes ou aux attentes, un lecteur de glycémie doit être utilisé pour la prise de décision thérapeutique liée au diabète. 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats et tendances de glycémie visibles en temps réel sur un appareil intelligent compatible Guardian LinkMD : capteur résistant à l'eau et sauvegarde 10 heures de données de l'émetteur SGC sans connexion Surveillance à distance pour les aidants (jusqu'à 5) Si les résultats de glucose ne correspondent pas aux symptômes ou aux attentes, un lecteur de glycémie doit être utilisé pour la prise de décision thérapeutique liée au diabète. 	<ul style="list-style-type: none"> Scanne à travers les vêtements (lecteur entre 1 et 4 cm du capteur) Capteur résistant à l'eau jusqu'à 1 mètre pour un maximum de 30 minutes Possibilité de mesurer la glycémie et les corps cétoniques avec le lecteur Système couvert par la plupart des assureurs privés et par la RAMQ pour les patients admissibles sauf si hospitalisés ou hébergés Si les résultats de glucose ne correspondent pas aux symptômes ou aux attentes, un lecteur de glycémie doit être utilisé pour la prise de décision thérapeutique liée au diabète. 	<ul style="list-style-type: none"> Scanne à travers les vêtements (lecteur entre 1 et 4 cm du capteur) Capteur résistant à l'eau jusqu'à 1 mètre pour un maximum de 30 minutes Possibilité de mesurer la glycémie et les corps cétoniques avec le lecteur Système non couvert par la RAMQ et les assureurs privés Si les résultats de glucose ne correspondent pas aux symptômes ou aux attentes, un lecteur de glycémie doit être utilisé pour la prise de décision thérapeutique liée au diabète.
Coût du capteur			119,99 \$	92,56 \$
Coût du lecteur			50 \$	50 \$

Sources : Diabète Québec (2021), INESSS (2018), INESSS (2020).