



perspective **infirmière**

Hiver 2023
Vol. 20, n°1

ACFA

Intégrer l'évaluation
de la condition
mentale dans
la pratique clinique
courante

Maltraitance envers
les personnes proches
aidantes

Optimisation de
la composition
des équipes en
soins infirmiers
et d'assistance

Retour sur
l'Assemblée générale
annuelle et le Congrès



Pour que notre corps puisse intégrer une nouvelle habitude — comme faire de l'exercice régulièrement —, il faut l'encourager par des récompenses et de la répétition.



Choisissez une activité ou une série d'exercices qui soit à votre portée et que vous pourrez continuer de faire sans difficulté, comme aller marcher chaque jour.



Prévoyez d'en faire régulièrement. Il est plus facile d'opérer une série de petits changements que d'accomplir une grande transformation.



Remarquez comme ce comportement devient automatique et exige moins d'effort et de volonté de votre part.



N'abandonnez pas ! Certaines habitudes sont plus longues à acquérir; pensez-y avant de passer à autre chose.

On estime qu'il faut compter de 59 à 66 jours pour acquérir une nouvelle habitude.*

Pratiquer une activité physique peut vous aider à réguler votre glycémie, préserver votre santé cardiovasculaire et contrôler votre poids. Demander à votre médecin ce qu'il pense d'un programme d'exercice conçu spécifiquement pour vous.

*Selon les résultats de deux études d'une durée de 12 semaines visant à évaluer la période médiane nécessaire pour qu'une habitude devienne un automatisme: 1) selon une étude, cette durée serait de 66 jours (amplitude: de 18 à 254 jours; 96 participants); 2) selon l'autre, elle serait de 59 jours (amplitude: de 4 à 335 jours; 192 participants).

Rendu possible grâce à l'une des principales compagnies pharmaceutiques axées sur la recherche au Canada.

CA21RYB00066F

RECHERCHE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA



Besoin d'aide pour maîtriser votre glycémie?

GLP-1

Demandez à votre médecin de vous renseigner sur l'efficacité du GLP-1 et les options qui existent.



Offert en comprimés ou sous forme injectable



Questions à poser à votre médecin pour vous aider à maîtriser votre glycémie.

- Quels sont les autres médicaments que je peux prendre pour faire baisser mon taux d'A1c?
- De quelles manières les médicaments peuvent-ils influencer sur mon poids?
- Que sont les analogues du GLP-1 et comment aident-ils à réduire les taux d'A1c?
- Comment les différentes formes injectables et les comprimés d'analogues du GLP-1 se comparent-ils les uns aux autres?
- Que devrais-je envisager d'autre pour réduire mon taux d'A1c ou améliorer ma santé en général?

WHITE CROSS

LE TOUT
NOUVEAU
BLOUSON
V-TESS POUR
FEMMES EST
ARRIVÉ !!!

Fier partenaire
de l'OIIQ

Voir nos collections sur :
whitecross.quebec



SOMMAIRE

Hiver 2023 - Vol. 20, n° 1

ÉDITORIAL

- 07 — Aucun de nous, en agissant seul, ne peut atteindre le succès

PORTRAIT

- 14 — Aïssatou Sidibé, fondatrice de Vivre 100 fibromes : lutter pour l'autonomie des femmes

FONDATION

- 17 — La Fondation remet 28 bourses d'études à des infirmières et infirmiers de partout au Québec

ÉVÉNEMENTS

- 18 — Assemblée générale annuelle 2022 de l'OIIQ
- 22 — Congrès 2022 de l'OIIQ
- 24 — Des infirmières reconnues pour leur expertise

MYTHES ET RÉALITÉS

- 33 — À propos de l'hypertension artérielle
Réponses en pages 42

DÉONTOLOGIE

- 65 — Le consentement aux soins : qui peut consentir?

EN BREF

- 08 — Le savoir infirmier : un levier crucial pour l'amélioration de la santé
8^e Congrès mondial du SIDIEF

- 11 — Pourquoi le Québec fait-il bande à part en matière de formation initiale infirmière?

GESTION

- 26 — Optimisation de la composition des équipes en soins infirmiers et d'assistance

RECHERCHE

- 34 — La maltraitance envers les personnes proches aidantes

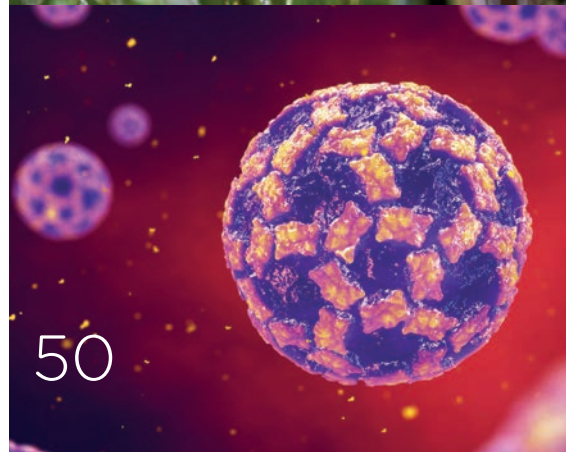
PRATIQUE CLINIQUE

- 45 — Prise en charge obstétricale : conscientisation et humanisation des soins
- 50 — Gastro-entérite à norovirus : pas si facile pour les résidents en contexte d'éclosion

À RETROUVER SUR OIIQ.ORG



En supplément de chaque numéro, vous retrouverez sur notre site Web d'autres contenus cliniques à oiiq.org/articles-cliniques.



Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU
Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF
Isabelle Lacroix
RESPONSABLE DE PRODUCTION
Marianne Lapierre

GRAPHISME ET MISE EN PAGE
Catherine Beaupré

RÉVISEURS LINGUISTIQUES
Alexandre Roberge et Annick Loupias

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE
Isabelle Gagné et Luc Girard pour
MissPixels

IMPRIMEUR
SOLISCO

PAGE COUVERTURE
© Stocksy / Albert Martinez

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU
Joanie Belleau, inf., M. Sc.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien
professionnel

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

ACFA



56 — Intégrer l'évaluation de la condition mentale dans la pratique clinique courante

COLLABORATEURS

Anna Andrianova, M. Serv. soc. – Marie Beaulieu, Ph. D. – France Boisclair – Guylaine Boucher – Yannique Boucher, inf., M. Sc. (gestion des organisations), syndique adjointe – Gisèle Bourbonnais, inf., B. Sc. – Myriam Brisson, inf., M. Sc., syndique – Marie-Eve Côté, inf., B. Sc., LL. M., syndique adjointe – Stéphanie Despins, inf., B. Sc. inf. – Sophie Éthier, Ph. D. – Martine Gagné, inf., M. Sc., syndique adjointe – Nerdjes Gahlouz, inf., B. Sc. – Catherine Gervais, inf., B. Sc. inf. – Marie-Eve Giguère, avocate, directrice adjointe, Soutien juridique – Christiane Guilbeault – Anne-Frédérique Hébert-Dolbec – Véronique Larouche, inf., M. Sc. – Elise Leclair, inf., M. Sc. inf. – Josiane Létourneau, inf., M. Sc., Ph. D. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique – Hélène Ouellet, inf., M. Sc. – Claire Page, inf., Ph. D. – Mélanie Perroux, M. Sc. – Héléne Plumard, inf., B. Sc. – Josiane Roulez – Eric Roy, inf., B. Sc., LL. M., directeur adjoint, déontologie et exercice illégal et syndic adjoint – Emmanuelle Salesse – Anne-Marie Tremblay – Alexandra Tremblay-Desrochers – Caroline Villemure, inf., B. Sc.

POLITIQUE DE LA REVUE

Perspective infirmière est publiée quatre fois par année par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. L'acceptation d'un annonceur ne constitue en rien une reconnaissance des produits et services de l'annonceur et ne correspond pas à un endossement par l'OIIQ de ceux-ci ni de l'annonceur. Aucune reproduction n'est permise sans autorisation. Afin de faciliter la lecture des textes, *Perspective infirmière* utilise de façon générale le terme « infirmière ». Cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers. L'éditeur tient à préciser que cela ne constitue en aucune façon une négation des privilèges et des droits des infirmiers du Québec. Le contenu des articles publiés a été approuvé par les auteurs ainsi que par les personnes interviewées et a fait l'objet d'une vérification sérieuse et diligente de leur part.

POUR NOUS JOINDRE
4200, rue Molson,
Montréal Qc H1Y 4V4
revue@oiiq.org

PUBLICITÉ
Julie Diamond
Communications
Courtier publicitaire
En collaboration avec
Opale Média
514 509-9118
partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT

Michelle Dalphond
Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288
ventepublications@oiiq.org
<https://www.oiiq.org/abonnement-pi>

TARIFS pour 1 an
Canada : 16,28 \$ taxes comprises
Autres pays : 73 \$

Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

Pour les membres de l'OIIQ, il est possible de choisir de recevoir *Perspective infirmière* en version papier et/ou de recevoir une alerte par courriel de la publication de sa version PDF. Pour ce faire, les membres doivent cocher la ou les cases correspondant à leur choix dans les *Préférences de communication* de leur compte sur [oiiq.org](https://www.oiiq.org).

DÉPÔT LÉGAL 2023

Bibliothèque nationale
du Québec
Bibliothèque nationale
du Canada
ISSN 1708-1890

Répertoire
dans *Repère*, *Cinahl*, *PubMed*,
CISMeF et *BDSP*

N° d'enregistrement 9790
Parution : Hiver 2023
Convention de la
Poste-publications
N° 40062569



Les infirmières et infirmiers
sont plus que des bras.

Reconnaissons l'étendue
de leur expertise.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Aucun de nous, en agissant seul, ne peut atteindre le succès.

— Nelson Mandela



© Jimmy Hamelin

LUC MATHIEU, inf., DBA
Président de l'Ordre des infirmières
et infirmiers du Québec

Certains d'entre vous se demanderont pourquoi j'ai décidé d'écrire cet éditorial sous cet angle. Les infirmières et infirmiers présents à l'Assemblée annuelle générale (AGA) et au Congrès, de même que tous ceux qui les accompagnent et les soutiennent, l'auront compris!

Tous ont su capter ce vent de mobilisation qui soulève les membres de la profession infirmière. Vous le savez, j'en suis certain, quand plusieurs personnes prennent le temps de vous dire combien elles ont apprécié le contenu de l'AGA et du Congrès qui l'a suivi, en précisant qu'il s'agit de l'une des meilleures AGA auxquelles elles ont participé, un sentiment de mission accomplie nous envahit. Il faut cependant rester humbles et se dire que cela n'est que la prémisse d'actions concertées afin que soient finalement entendues les solutions infirmières.

Vous nous l'avez dit : nous sommes prêts!

- Prêts à contribuer aux changements requis pour améliorer le recours à notre expertise et ainsi, améliorer l'efficacité du système de santé!
- Prêts à prendre la parole!
- Prêts à partager avec le ministre de la Santé nos recommandations pour y arriver!
- Prêts à remercier le ministre pour son écoute et le temps qu'il nous a alloué lors de son passage à l'AGA! Nous l'en remercions et nous saluons son invitation à poursuivre les échanges en début d'année prochaine.

NOUS AVONS FAIT NOS DEVOIRS

Je vous rappelle qu'en 2021, nous avons pris soin de faire le point sur notre profession en participant aux États généraux de la profession infirmière. Il faut le redire : nous sommes la seule profession qui a profité d'une crise du système de santé d'une ampleur sans précédent pour réfléchir et proposer des mesures structurantes visant à changer nos façons de faire. L'objectif? Offrir des soins de qualité et un accès accru aux soins à la population québécoise qui peine à trouver des professionnels de la santé pour la soigner.

Parlant d'accès aux soins, à partir du moment où tous s'entendent sur le fait que le médecin de famille ne peut plus constituer la seule porte d'accès, il faut agir pour permettre aux autres professionnels de la santé, dont les infirmières et infirmiers, de déployer leur expertise tant attendue par les citoyens en quête de soins. C'est de cela que les infirmières et infirmiers souhaitent parler en 2023.

Dans la foulée de ce grand exercice de mobilisation et de prise de parole, près de 24 associations et organisations en soins infirmiers se sont fédérées au sein de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec de sorte que les 31 recommandations des commissaires des États généraux soient réalisées. L'Alliance représente une nouvelle voix infirmière, une voix professionnelle, dans l'espace public.

NOUS NOUS SOMMES DONNÉ LES MOYENS DE FAIRE CONNAÎTRE NOS RECOMMANDATIONS

Sur ce sujet, j'aimerais partager avec vous le succès qu'a connu le panel d'ouverture « L'audace d'y croire, droit devant! », composé de six membres représentant une diversité d'expertises en lien avec leur association professionnelle ou organisation d'appartenance : moi-même, représentant de l'Ordre; William Tessier, porte-parole de l'Alliance et membre de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec; Roxanne Brouillard, présidente de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec; Sylvain Brousseau, professeur à l'Université du Québec en Outaouais et président de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada; Brigitte Martel, directrice des soins infirmiers, CHU de Québec-Université Laval; et Elizabeth Arpin, directrice nationale des soins et services infirmiers, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les membres du panel ont soulevé les passions, fait réagir la salle et convaincu leurs pairs sur la nécessité d'agir politiquement, que ce soit dans les établissements de santé ou auprès des décideurs, afin que les recommandations des États généraux soient mises en œuvre. Disons-le haut et fort : la pratique d'aujourd'hui n'est plus celle du passé, si récent soit-il. Nous faisons face à une complexité grandissante dans les soins à prodiguer en raison notamment des multipathologies affectant les patients de plus en plus âgés qui se présentent à nous.

À titre de groupe professionnel le plus nombreux dans le réseau de la santé, nous sommes à même de transformer l'offre insuffisante que nous connaissons maintenant en offre de soins adaptée aux besoins de la population. •

La parole est à vous! Faites connaître vos enjeux et vos solutions!

Le savoir infirmier : un levier crucial pour l'amélioration de la santé

8^e Congrès mondial du SIDIEF

Vieillesse de la population, augmentation des maladies chroniques, développement rapide des technologies... Alors que de nombreux défis se profilent à l'horizon en matière de santé, l'expertise infirmière se trouve en première ligne pour y faire face. Un rôle essentiel dans la santé des populations, ont rappelé les participants au 8^e Congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) qui s'est déroulé à Ottawa, du 16 au 20 octobre 2022.

par JOSIANE ROULEZ

Le contexte actuel est marqué par une sortie progressive de la crise sanitaire, combinée à une pénurie mondiale de professionnels de la santé, a expliqué d'entrée de jeu Isabelle Lehn, présidente du conseil d'administration du SIDIEF. Cette situation oblige à repenser les différents rôles au sein des systèmes de santé et à développer rapidement la pratique infirmière avancée. « La profession sera tout particulièrement appelée à se pencher sur ces questions et devra innover pour intégrer le défi qu'imposent ces nouvelles réalités dans le domaine de la santé », a-t-elle précisé.

Par le thème du Congrès, « Créer de la santé : la force du savoir infirmier », le SIDIEF a souhaité mettre de l'avant l'expertise infirmière et sa contribution à l'amélioration de la santé des populations. En effet, tous les pays sont à la recherche des meilleures pratiques et des innovations cliniques en vue de répondre aux besoins croissants de santé des populations. La recherche en sciences infirmières peut alors largement contribuer à l'élaboration et à la validation des meilleures pratiques de soins. « Notre savoir apporte une contribution essentielle, autant aux patients et à leurs proches qu'au sein des milieux décisionnels et politiques », a indiqué Isabelle Lehn.

Les participants ont approfondi ce thème tout au long du Congrès, un événement d'envergure mondiale qui a réuni plus de 1 500 infirmières et infirmiers, experts et gestionnaires provenant d'une vingtaine de pays. Les panels et conférences qui se sont déroulés sont notamment le fruit d'une collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), membre fondateur du SIDIEF, qui agissait comme partenaire de contenus dans le cadre du Congrès.

NOMMER SON EXPERTISE POUR MIEUX S'AFFIRMER

Les savoirs infirmiers sauvent des vies et améliorent la santé et le bien-être des personnes et des populations. Pourtant, nombreux sont les acteurs du milieu de la santé qui peinent encore à cerner les particularités de cette expertise par rapport à celle des autres professionnels, et à évaluer sa contribution réelle à la santé des populations, a expliqué Clémence Dallaire, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. « Or, sans compréhension claire de l'apport tangible de la profession, il est bien difficile de la reconnaître à sa juste valeur. D'où l'importance de nommer l'expertise infirmière, pour ensuite mieux l'affirmer », a ajouté la professeure, lors de la conférence d'ouverture du Congrès.

Les participants au Congrès se sont penchés sur cette question lors d'une conférence et d'un panel animés par la professeure. Ils ont identifié certaines des spécificités de l'expertise infirmière, en plus d'offrir plusieurs exemples concrets de l'apport du savoir infirmier. Des experts de la France, de la Belgique et du Québec ont témoigné des impacts réels du savoir infirmier sur la santé et le bien-être des personnes, des familles et des communautés.

En outre, le savoir infirmier constitue un véritable levier d'innovation au service des collectivités, ont soutenu différents panélistes comme Sandro Echaquan, qui explique que son expertise lui a permis de se rapprocher de sa communauté, de former d'autres soignants et d'offrir des soins mieux adaptés aux besoins de sa communauté.

DE NOUVELLES RÉALITÉS QUI MODIFIENT L'EXERCICE DE LA PROFESSION

En filigrane, plusieurs phénomènes transforment la réalité de la pratique infirmière. C'est le cas des changements démographiques, comme l'a décrit Suzanne Dupuis-Blanchard, professeure titulaire à l'École de science infirmière de l'Université de Moncton, lors de la conférence « Vieillesse et savoir infirmier : réinventer les soins aux aînés ». En 2030, le quart de la population canadienne sera âgé de 65 ans et plus – un changement dans la pyramide des âges qui touchera aussi plusieurs autres régions du globe, a rappelé celle qui est aussi directrice de la Chaire de recherche en santé CNFS-Université de Moncton sur le vieillissement des populations et du Centre d'études du vieillissement de l'Université de Moncton.

Une réflexion s'impose sur la transformation des soins infirmiers afin qu'ils soient mieux adaptés à la réalité des personnes plus âgées, estime la professeure. Les soins actuels sont souvent prodigués en réaction à un problème de santé, comme une maladie ou une dégradation de l'état des personnes. Suzanne Dupuis-Blanchard croit que les soins infirmiers gériatologiques devraient prôner une approche préventive, plutôt qu'uniquement curative.

Quant à nos systèmes de santé, ils pourraient adopter un regard plus positif face au vieillissement et miser davantage sur la promotion de la santé auprès de cette tranche de la population. Ce changement passe par une multiplication de l'offre de soins, comme des soins communautaires ou à domicile. Pour ce faire, il faudra réévaluer en profondeur le continuum des soins en vue de maximiser l'approche en soins infirmiers gériatologiques et de favoriser l'optimisation de la santé, a rappelé Suzanne Dupuis-Blanchard. Selon la spécialiste, la formation devra inclure ces nouvelles réalités. « En faisant valoir le savoir infirmier, la profession infirmière est à la hauteur pour effectuer un virage vers le soin social et communautaire », a souligné la professeure.



De gauche à droite : Clémence Dallaire, inf., Ph. D., Jean Michel Gautier, infirmier anesthesiste (France), Sandro Echaquan, IPSPL, M. Sc. inf. et Philippe Voyer, inf., Ph. D.

QUAND SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET HUMAINE S'ENTREMÊLENT

Autre phénomène important : les enjeux environnementaux ont un impact sur la santé des populations, et par le fait même, sur les soins infirmiers, a affirmé pour sa part Philippe Perrin, directeur de l'Institut de formation en santé environnementale (IFSEN) de France lors de la conférence « L'éco-infirmier : un rôle à déployer pour l'avenir de la santé et de nos sociétés ». « Il est urgent que les infirmières et les infirmiers s'intéressent et se forment au concept de santé environnementale, tandis que plusieurs effets se font déjà sentir sur la santé humaine », martèle le spécialiste et éco-infirmier.

Diminution de capacités reproductives, augmentation de l'incidence des malformations génitales, puberté de plus en plus précoce, de même que progression des allergies, des maladies auto-immunes, des troubles neurologiques, du diabète et de cancers : plus que théorique, la dégradation de l'environnement entraîne des conséquences désastreuses pour l'humanité, a-t-il plaidé. « Il faut comprendre que la santé de la planète est indissociablement liée à celle des êtres humains. Même les systèmes de santé sont touchés par ces phénomènes, alors que plusieurs professionnels du domaine se disent à bout de souffle. »

S'ils ne peuvent pas agir directement sur le réchauffement climatique, les professionnels des soins infirmiers peuvent toutefois jouer un rôle de sensibilisation et de prévention auprès de la population, tout en les aidant à prendre de bonnes décisions. En plus de proposer des solutions simples, les infirmières et infirmiers peuvent informer la population sur les sources de pollution et les risques qu'elles posent pour la santé, ainsi que sur les moyens pour en réduire l'exposition, a expliqué Philippe Perrin. « Il s'avère donc nécessaire de comprendre l'importance de la santé environnementale pour l'avenir des soins. »

UNE FORMATION UNIVERSITAIRE POUR TOUS

En 2012, le conseil d'administration du SIDIIF prenait position en faveur du rehaussement de la formation initiale infirmière au niveau universitaire. Inquiets de l'écart qui se creusait entre la formation initiale et les besoins réels de la population, les infirmières et infirmiers francophones avaient fait valoir l'importance d'offrir au personnel infirmier les connaissances nécessaires pour remédier aux enjeux de plus en plus complexes. Dans une déclaration signée à Genève, le regroupement réclamait que des études universitaires soient exigées pour accéder à la profession dans les pays francophones et que des études de premier, deuxième et troisième cycles en sciences infirmières soient instaurées.

Dix ans après cette adoption, qu'en est-il réellement? C'est la question sur laquelle s'est penché un panel d'experts internationaux animé par Gyslaine Desrosiers, infirmière, ex-présidente et fondatrice du SIDIIF. La situation est encore fort différente d'un pays à l'autre, ont expliqué les panélistes provenant du monde francophone. Tant la Suisse que la France continuent de développer leur parcours universitaire en soins infirmiers, que ce soit au deuxième ou au troisième cycle. À l'échelle québécoise, il existe toujours deux voies d'accès à la profession, soit un diplôme collégial ou un diplôme universitaire. Toutefois, l'OIIQ a déposé une demande de rehaussement de la norme d'entrée à la profession au niveau du baccalauréat.



PHOTOS

1. De gauche à droite : Jacinthe Pepin, inf., Ph. D., Luc Mathieu, inf., DBA, Isabelle Bayle, infirmière, Ph. D. (Sc. Éd.) (France) et Jacques Chapuis, infirmier, M. Sc. (Suisse)
2. Martine Lagacé, vice-rectrice associée pour la promotion et le développement de la recherche, Université d'Ottawa et Jean-Yves Duclos, ministre fédéral de la Santé

Or, tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut préparer les étudiantes aux nouvelles compétences essentielles, comme le leadership, pour exercer pleinement leur profession. Ce qui passe par une formation universitaire de qualité. À terme, cela permettra à la profession infirmière d'occuper la place de leader qui lui revient dans le système de la santé. Pour cela, il faut former la relève en ce sens, ont affirmé les panélistes.

UN SAVOIR-FAIRE ET UNE EXPERTISE INDISPENSABLES

Finalement, les pays sont tous à la recherche des meilleures pratiques et des innovations cliniques pour répondre aux besoins croissants et aux défis de santé. Le fait de pouvoir se rencontrer, discuter et réfléchir lors d'un événement réunissant les forces vives de cette profession permet de développer des stratégies innovantes et de s'inspirer de ce qui se fait de mieux partout sur la planète. « Ce congrès mondial a permis également de démontrer la vitalité, la compétence et l'esprit d'initiative qui caractérisent la communauté infirmière francophone », a conclu Isabelle Lehn. •

Baccalauréat en sciences infirmières (intégré) en ligne à McGill

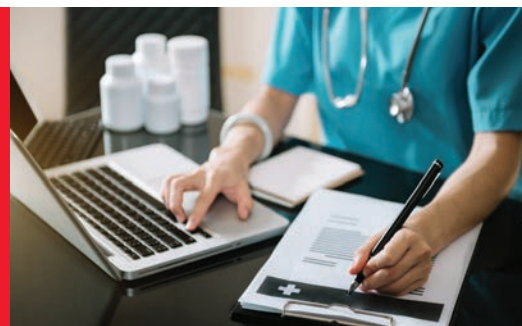
Unique au Québec

Pour les titulaires d'un DEC en soins infirmiers (180.A0) obtenu dans les 5 années précédentes

À l'exception des stages cliniques, le programme se donne entièrement en ligne : vous pouvez le suivre de partout au Québec.

La langue d'enseignement à McGill est l'anglais, mais vous pouvez faire vos travaux et examens en français. Un effort particulier est fait pour rendre les contenus en ligne accessibles en français.

Date limite de demande d'admission : 1^{er} mars 2023
mcgill.ca/x/378



McGill

École des sciences infirmières Ingram

Travailler comme infirmière ou infirmier au CISSS de la Montérégie-Est, c'est

- un programme d'accueil et d'intégration personnalisé
- l'autogestion de vos horaires (8 et 12 heures de jour, de soir ou de nuit)
- et bien plus encore!

Envoyez-nous un message texte pour discuter
de votre carrière en Montérégie au 514 799-8195.

Julie Déziel

Infirmière ASI, Centre mère-enfant
Hôpital Pierre-Boucher
Dans nos nouveaux espaces
à la fine pointe de la technologie



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Est

Québec



Une agence en pleine croissance dirigée par des infirmiers(ères)

Plus de 15 ans à votre service

- Salaires très compétitifs
- Horaires flexibles
- Assurances collectives complètes
- Orientations rémunérées
- Formations RCR, ACLS, et plus...

AVEC
VOUS
24+
SEP7
AGENCE DE
PLACEMENT



Emplois partout au Québec

| expertise24-7.com

| 514-951-4381

sans frais: 1-855-951-4381

Pourquoi le Québec fait-il bande à part en matière de formation initiale infirmière?

Inadapté au contexte québécois et au profil de la clientèle étudiante. Coûteux. Risqué. Voire irréaliste en raison de la pénurie de main-d'œuvre... Les arguments évoqués pour contrecarrer le rehaussement de la formation initiale infirmière au Québec sont les mêmes aujourd'hui qu'il y a 40 ans. Aux prises avec des problèmes similaires, les autres provinces canadiennes ont pourtant franchi le pas. Depuis 20 ans et parfois davantage, le baccalauréat constitue en effet la norme pour accéder à la profession infirmière ailleurs au Canada. Il en va de même dans la majorité des pays de la francophonie. Le Québec, lui, résiste. Réunis le temps d'un atelier offert dans le cadre du 8^e Congrès mondial du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) en octobre 2022, des experts de divers horizons se sont intéressés aux facteurs historiques et structurels à l'origine du statu quo. Compte rendu.

par **GUYLAINE BOUCHER**

Depuis les années 1980, époque où l'idée de rehausser les obligations en matière de formation initiale infirmière a été évoquée pour la première fois au Québec, les arguments structurels et économiques avancés par les tenants du statu quo ont été maintes fois battus en brèche. Chiffres à l'appui, les expériences vécues dans le reste du Canada ont notamment démontré le caractère non fondé des craintes relatives à la pénurie de main-d'œuvre.

Plus récemment, une étude réalisée par des chercheurs de l'Université de Montréal, dont Roxane Borgès Da Silva, directrice du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé pour l'institution d'enseignement, a permis d'établir que le rehaussement de la formation initiale infirmière coûterait, en salaire, 125 M\$ par année à l'État. « Un chiffre dérisoire, selon la professeure et panéliste invitée, si l'on prend en considération le budget de 50 G\$ consacrés à la santé » et qui lui fait dire que « l'enjeu n'est pas financier ».

Pour la chercheuse, les études démontrent au contraire que le rehaussement de la formation ouvre la voie à une efficience accrue du réseau et à des économies. La qualité de vie au travail est un élément important de conservation du personnel. Or, des travaux récents ont permis d'établir que 65 % des infirmières cliniciennes sont satisfaites de leur environnement de travail, contre 35 % des techniciennes. Pour Roxane Borgès Da Silva, « c'est la preuve que la formation universitaire outille mieux les infirmières pour faire face aux défis imposés par la profession et qu'elles sont globalement plus résilientes et moins enclines à quitter leur emploi, ce qui, insiste-t-elle, représente autant d'économies pour le réseau ».

Une vision des choses que les travaux de Kéanne Boily, panéliste invitée, chargée de cours en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais et enseignante en soins infirmiers au collégial, confirment. Selon ses études, la majorité des infirmières débutantes interrogées considèrent en effet que la formation collégiale est insuffisante pour répondre aux nouvelles exigences du milieu de travail. Plus encore, explique-t-elle, « une bonne proportion d'entre elles affirme avoir l'intention d'abandonner dès l'entrée en fonction. Plusieurs se sentent incompetentes, ont peur de blesser le patient ou de commettre une erreur grave ». Tout cela permet, à son avis, de mesurer à quel point « le niveau de préparation ou de formation est important et peut faire une différence pour le patient bien sûr, mais aussi en ce qui concerne l'efficience du réseau ». Face à ce constat, elle propose des recommandations, dont celle du DEC-BAC obligatoire. Ainsi, les étudiantes pourraient continuer de profiter des retombées positives du programme collégial et développer les compétences manquantes à l'université.

LE POIDS DE L'HISTOIRE

Mais alors, comment expliquer la résistance persistante face à l'évolution des exigences en formation initiale?

Pour Yolande Cohen, professeure au Département d'histoire de l'Université du Québec à Montréal et auteure d'un livre sur l'histoire des soins infirmiers au Québec, la réponse se trouve du côté de l'héritage franco-catholique duquel est issue la profession. « Les congrégations religieuses de femmes ont été les premières à donner des soins au Québec à la fin du 19^e siècle. Elles étaient aussi alors les seules ou presque à dispenser des formations en soins. Sous leur impulsion, le rôle infirmier a été fortement influencé par la religion. L'idée qu'être infirmière était d'abord et avant tout une vocation s'est aussi imposée. » Du point de vue de Yolande Cohen, cette conception des choses a nui à la professionnalisation initiale des soins. « À la même époque, relate-t-elle, les anglophones établissaient une distance avec la religion protestante et redéfinissaient les soins comme un univers non genré, où la profession et la formation définissent les fonctions, par exemple entre infirmière et médecin ». À son avis, tout cela a laissé des traces et explique encore aujourd'hui, en partie du moins, la différence observée avec le reste du Canada.

Professeur agrégé en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais et président de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada, Sylvain Brousseau abonde dans le même sens. « Comme infirmier ou infirmière, nous n'exerçons pas un métier. Nous formons une profession. Nous avons des rôles, des fonctions et non pas des tâches.



De gauche à droite : Luc Mathieu, inf., DBA, Kéanne Boily, inf., M. Sc. (c), Roxane Borgès Da Silva et Sylvain Brousseau, inf., Ph. D., FFMRCIS

Pourtant, déplore-t-il, en pleine pandémie, des élus québécois de haut rang utilisaient encore des termes comme « anges gardiens » pour parler des infirmières et infirmiers. C'est l'expression d'un héritage dont nous avons de la difficulté à nous défaire comparativement au reste du Canada. »

Dans le même esprit, le panel a mis en lumière le fait qu'il existe un lien entre le caractère majoritairement féminin de la profession et la formation initiale. Pour Yolande Cohen, malgré les luttes féministes des années 1960 et 1970, incarnées par les grèves infirmières survenues à la même époque, il ne fait aucun doute que, « le travail du soin aux autres est encore vu aujourd'hui comme un lieu féminin par excellence. Les activités qui y sont liées restent encore dépourvues de valeur marchande, si bien que la profession infirmière n'est toujours pas considérée ni reconnue. D'ailleurs, ajoute-t-elle, même si les infirmières québécoises sont de plus en plus nombreuses à détenir un baccalauréat, l'obtention du titre se fait toujours par deux formations, ce qui minimise l'importance accordée à la formation et plus globalement à la profession. L'impact est majeur ».

UNE QUESTION D'INFLUENCE

De fait, si le double parcours de formation peut être vu comme l'expression du caractère distinct du Québec, la vérité, affirme la professeure Cohen, c'est que le titre unique accordé pose problème et divise la profession elle-même. « Sur le terrain, des classes se créent entre les professionnelles qui se jaugent entre elles selon leur parcours de formation initiale. Chez plusieurs, l'idée de rehausser la profession est perçue comme élitiste. L'absence de position unifiée entraîne une grande inertie qui contribue à affaiblir la profession et tout le monde en paie le prix, à commencer par les infirmières elles-mêmes. »

À preuve, ajoute Roxane Borgès Da Silva, « même si les infirmières constituent la plus grande part des employés en santé et jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients, leur contribution continue d'être sous-évaluée. Elles n'ont pas su profiter des différentes réformes qu'a connues le réseau pour se faire entendre et faire valoir leurs compétences ». Les effets de tout cela se font sentir dans les conditions de travail, mais aussi la reconnaissance de la profession. Le constat est d'autant plus paradoxal que, de toutes les professions du secteur de la santé, ce sont les infirmières qui disposent du plus vaste champ d'exercice après les médecins au Québec.

Il n'y a là rien d'étonnant pour Sylvain Brousseau qui y voit les conséquences de l'absence d'uniformité en matière de formation politique du côté des infirmières. « En tout respect, les compétences politiques ne sont pas enseignées dans le cadre de la formation collégiale. On apprend à débattre et à influencer à force d'être mis en présence de vignettes cliniques. L'université permet cela, mais, à l'heure actuelle, ce niveau de formation n'est pas obligatoire pour avoir le droit d'exercer. » De son point de vue, faute d'avoir pu développer ce type de compétences, les infirmières québécoises ne parviennent pas à faire avancer certains dossiers. La norme d'entrée à la profession en fait partie.

L'enjeu dépasse toutefois la simple profession infirmière. Pour les panélistes, investir dans la formation des infirmières permettrait non seulement de valoriser leur savoir, mais aussi de mieux les

outiller pour répondre à la demande actuelle et future en soins. « Les effectifs infirmiers augmentent année après année et, pourtant, les établissements se disent en situation de pénurie. Le problème n'est pas quantitatif. Il faut s'assurer, argue Roxane Borgès Da Silva, que les infirmières puissent accomplir pleinement les rôles qui leur sont confiés, qu'elles se sentent en confiance et capables d'intervenir de façon sécuritaire. Tout cela passe par la formation. »

Des premiers enseignements offerts en institution au parcours universitaire menant au titre d'infirmière praticienne spécialisée, la profession infirmière a connu de nombreuses transformations au cours de son histoire. En cela le Québec ne fait pas exception. Pour les panélistes, l'heure est maintenant venue de franchir le dernier pas qui le sépare du reste du Canada et de la francophonie en matière de formation initiale. Un pas à leur avis essentiel pour faire face aux défis imposés par l'évolution constante des besoins de santé de la population. •



PHOTOS

1. Luc Mathieu, inf., DBA et Kéanne Boily inf., M. Sc. (c)
2. Roxane Borgès Da Silva et Sylvain Brousseau, inf., Ph. D., FFMRCIS



SEZ

Portneuf Québec Charlevoix

Nouvelle année, nouveau départ?

Rejoignez l'une des équipes du CIUSSS de la Capitale-Nationale
CIUSSSCN.CA/EMPLOI

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

FIER DE SUPPORTER VOTRE EXPERTISE

AVEC DES CHAUSSURES POUR ASSURER
UN SUPPORT ET UN CONFORT INCOMPARABLE
À CHACUN DE VOS PAS.



TROUVEZ UNE SUCCURSALE SUR [MEDICUS.CA/SANTE](https://www.medicus.ca/sante)

* Offre valide sur les produits à prix régulier. Exclut ceux nécessitant une prescription médicale. Sur présentation d'une carte de membre valide au moment de l'achat (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.) Ne peut être jumelé à aucune autre promotion.

Medicus

Savard

OXYBEC

ORTHO service



© Audrey Boivin

« Il y a un grand manque d'information sur la santé reproductive et sexuelle des femmes et sur les différentes pathologies gynécologiques au sein même de notre profession. Il est donc essentiel de miser sur la formation continue des différents professionnels de la santé. »

Aïssatou Sidibé, fondatrice de Vivre 100 fibromes : lutter pour l'autonomie des femmes

par ANNE-FRÉDÉRIQUE HÉBERT-DOLBEC

Aïssatou Sidibé pratiquait la profession infirmière depuis six ans lorsqu'elle a dû subir deux hospitalisations d'urgence liées à la présence de fibromes utérins. De ces expériences difficiles est né Vivre 100 fibromes, un organisme dont la mission est d'améliorer la qualité de vie des femmes ayant des fibromes utérins au Québec et au Canada. Portrait d'une infirmière ambitieuse et polyvalente, qui change le visage de la santé des femmes au Québec.

Aïssatou Sidibé pratique à temps plein comme infirmière à la clinique de gynécologie du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Son temps libre? Elle le dédie à informer, éduquer et soutenir des femmes atteintes du fibrome utérin au Québec.

Rien, au départ, ne destinait l'infirmière à se diriger vers la gynécologie. Après trois ans de pratique en hématologie à Paris, elle décide de s'installer au Québec pour relever de nouveaux défis professionnels. Elle joint l'équipe de l'Institut de cardiologie de Montréal, et s'implique notamment aux urgences et au Centre ÉPIC, qui contribue à la promotion de la santé et à la prévention de facteurs de risques des maladies cardiovasculaires. Cette expérience lui permet de constater tous les bénéfices d'une approche préventive et multidisciplinaire de la santé.

UNE EXPÉRIENCE RÉVÉLATRICE

Puis, en 2013, c'est le choc. Elle est hospitalisée d'urgence à la suite de douleurs thoraciques. On lui découvre une anémie sévère et quatre fibromes utérins, dont l'un de huit centimètres de diamètre. « A posteriori, mes symptômes étaient évidents : je saignais tout le temps, et j'étais essoufflée et fatiguée. Mais j'étais sans point de repère, je n'avais aucune idée que cette maladie existait. »

Après une série de transfusions sanguines, elle obtient son congé de l'hôpital. Un mois plus tard, elle se retrouve de nouveau à l'urgence, avec un diagnostic de thrombose veineuse profonde à la jambe droite, causée par la pilule contraceptive initialement prescrite pour régler ses saignements. « Cette deuxième hospitalisation a été très difficile. Sans famille au Québec, je me suis retrouvée seule dans ma chambre d'hôpital en plein temps des fêtes, complètement perdue et isolée. J'étais d'autant plus stressée que j'étais de l'autre côté de la barrière, comme patiente. »

Aïssatou Sidibé est surtout bouleversée par le manque d'informations et de ressources disponibles pour bien comprendre la maladie et connaître les différentes options

de traitements. « Alors, j'ai dû faire un choix : retourner en France ou rester au Québec et travailler pour changer les choses. J'ai décidé de rester. »

SORTIR LA MALADIE DE L'OMBRE

La jeune trentenaire entame des recherches sur le fibrome utérin. Elle apprend avec stupeur que, bien que la majorité des cas demeurent asymptomatiques, une femme sur cinq en âge de procréer est concernée au Canada. Chez les femmes noires, ce nombre augmente à une personne sur trois, ce qui les rend plus susceptibles de subir des interventions invasives et de souffrir de symptômes plus sévères, avec des conséquences sur leur fertilité. Parmi les personnes atteintes, 70 % développeront la maladie avant 50 ans.

Ces lacunes, combinées au fait que le fibrome est bénin, expliquent qu'on en entende très peu parler. « Or, les symptômes — saignements abondants, pesanteur abdominale, troubles urinaires, fausse couche et infertilité — sont pour le moins handicapants, et les traitements médicamenteux et chirurgicaux peuvent être très lourds », souligne l'infirmière.

VIVRE 100 FIBROMES : INFORMER LES FEMMES ET LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Pour réunir toute l'information collectée au même endroit — et mettre des mots sur ce qu'elle avait traversé —, Aïssatou Sidibé fonde en 2014 le blogue *Fibromelle*. « J'ai rapidement réalisé que je n'étais pas un cas isolé, qu'il y avait un réel besoin. » Deux ans plus tard, elle crée l'association Vivre 100 fibromes.

« Notre mission principale est d'améliorer la qualité de vie des femmes atteintes du fibrome utérin au Québec et au Canada. Pour y arriver, on s'inspire des organisations internationales, comme Fibrome Info France ou la Fibroid Foundation, aux États-Unis. Le rôle de l'infirmière dans la prise en charge du fibrome utérin est essentiel, puisqu'elle est garante de donner de l'information de qualité

aux clientes afin qu'elles fassent des choix éclairés face aux options thérapeutiques.»

Vivre 100 fibromes souhaite donc informer les femmes, les professionnels de la santé et les institutions publiques concernées sur la maladie. Pour ce faire, une équipe de bénévoles dévouées a supervisé la création du premier site Internet sur le fibrome utérin au Québec. Cet outil complet et bilingue présente une foule d'informations, de références médicales et de témoignages. « On travaille aussi à effectuer des accompagnements individuels et personnalisés pour permettre aux femmes de se préparer à leur premier rendez-vous chez le médecin ou à une intervention chirurgicale », précise-t-elle.

Durant trois années consécutives, l'organisme a mis en place une conférence sur le fibrome utérin réunissant de nombreux professionnels dans une approche intégrative de la santé. Aïssatou Sidibé mise aussi sur une présence accrue dans les médias traditionnels et sociaux pour poursuivre son travail de sensibilisation. Dans cette optique, elle a participé à deux projets documentaires, en plus de collaborer avec la photographe Vanessa Pierre-Louis pour présenter la première exposition photo thérapeutique sur le fibrome utérin, en 2019.

PRÉVENTION, SOUTIEN ET RECHERCHE

Au-delà de ses visées éducatives, Vivre 100 fibromes offre un soutien précieux aux femmes atteintes de la maladie, en plus de leur offrir des activités qui favorisent le bien-être et rompent l'isolement social. « Comme infirmière-patiente, je suis bien placée pour créer des partenariats médico-sociaux entre l'association, les hôpitaux, les organismes communautaires, les compagnies pharmaceutiques et les autres professionnels de la santé. J'exploite le potentiel du communautaire à son maximum. »

Ces partenariats ont mené à des visites de sensibilisation récurrentes dans les centres d'aide, tels que le Centre d'accompagnement des femmes immigrantes, la Maison d'Haïti, le Centre de santé des femmes de Montréal et la Maison de l'Afrique. Une clinique de fibrome utérin a également été mise sur pied en collaboration avec la clinique de fertilité OVO et la clinique de médecine et biologie de la reproduction du CHUM.

Par le biais de son organisme, la Montréalaise espère aussi contribuer à la recherche sur la maladie pour trouver des solutions aux problèmes, mieux comprendre les déterminants sociaux et les impacts psychologiques, et explorer des traitements plus conservateurs, tels que les ultrasons et l'embolisation artérielle.

L'IMPORTANCE DU LEADERSHIP INFIRMIER

Toute l'approche d'Aïssatou Sidibé repose sur l'importance, pour les individus et les collectivités, de prendre en charge leur propre santé ; un objectif qui mise autant sur la reconnaissance des symptômes que sur le consentement éclairé aux soins.

« En paralysant le système, la pandémie nous a montré à quel point les patientes se trouvent démunies, privées d'accès à leur médecin de famille et à leur gynécologue. Pour nous, il est essentiel d'accroître le pouvoir des femmes en santé, en faisant la promotion du rôle de patiente-partenaire. Cette philosophie permet aux femmes d'être mieux informées et plus autonomes pour prendre des décisions libres et éclairées, poser les bonnes questions, voire remettre en question la position de leur médecin. »

Au cours des 15 dernières années, Aïssatou Sidibé a mis son leadership infirmier au service de la solidarité, de l'autonomie et de la santé des femmes. « Je veux être une actrice du changement. Si j'ai pu tisser des liens et passer à l'action aussi rapidement, c'est grâce à mon expérience clinique, à mon implication dans le système de santé québécois, et à la position de leader que requiert la profession infirmière. »

L'implication, la polyvalence et le travail acharné d'Aïssatou Sidibé ne sont pas passés inaperçus. Au printemps 2019, elle a reçu un prix du Réseau des entrepreneurs et professionnels africains, qui souligne le travail de sensibilisation effectué auprès de communautés noires particulièrement touchées par le fibrome utérin. L'année suivante, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec lui a accordé un prix Florence dans la catégorie « Promotion de la santé ». Et en 2022, elle a fait paraître le livre *Endométriose et fibrome utérin : De la souffrance à l'action*, écrit en collaboration avec la présidente d'Endométriose Québec, Marie-Josée Thibert.



POURTRAIT

« Depuis 2018, on a pu y diriger plus d'une centaine de femmes. Le délai d'attente pour une consultation est passé de huit mois à deux mois en moyenne, diminuant ainsi l'errance médicale. »

Ces reconnaissances confortent l'infirmière dans son impression d'être « à la bonne place, au bon moment, avec les bonnes personnes ». Loin de s'asseoir sur ses lauriers, elle travaille avec acharnement — et toujours bénévolement — pour concrétiser les prochains objectifs de Vivre 100 fibromes : renforcer la gouvernance, mettre en place des stratégies de financement, diversifier l'offre de service et ouvrir des centres d'accompagnement satellites dans tout le Québec et le Canada.

« Il y a une citation de Maya Angelou qui résume bien ma pensée, et qui me pousse à persévérer : "Chaque fois qu'une femme se lève, elle le fait sans le savoir pour toutes les femmes". C'est ma petite révolution tranquille à moi », conclut Aïssatou Sidibé. ♦

Nous embauchons...

des infirmier(ières) et des infirmier(ières) clinicien(nes)

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal

Québec

Regroupant plusieurs installations de santé affiliées au réseau universitaire montréalais, notre CIUSSS offre des opportunités professionnelles infinies. Les membres de notre personnel sont au cœur d'un réseau qui valorise la compassion et l'intégrité et qui se distingue par son statut bilingue et sa riche identité culturelle.

Les avantages de dessiner votre carrière au sein de notre CIUSSS...

- Développement de carrière
- Horaire flexible et conciliation travail-études-famille
- 13 congés fériés, 9,6 jours de maladie et 20 jours de vacances
- Programme de rabais employé(e)s
- Programme d'aide aux employés et plateformes de santé et de bien-être
- Assurances collectives et régime de retraite
- Plusieurs restaurants et magasins à proximité
- Facilement accessible en transport en commun

Notre CIUSSS...

- Hôpital général juif : meilleur employeur au Canada, au 4e rang des meilleurs hôpitaux au Canada et reconnu à travers le monde pour la qualité des soins et de la recherche
- Plus de 30 installations : milieu hospitalier, soins de longue durée et soins à domicile, santé mentale et réadaptation, CLSC, Info-Santé, Info-Social 811 et GMF

Dessine ta carrière au sein d'un environnement innovant et inclusif, faites-nous parvenir votre CV.

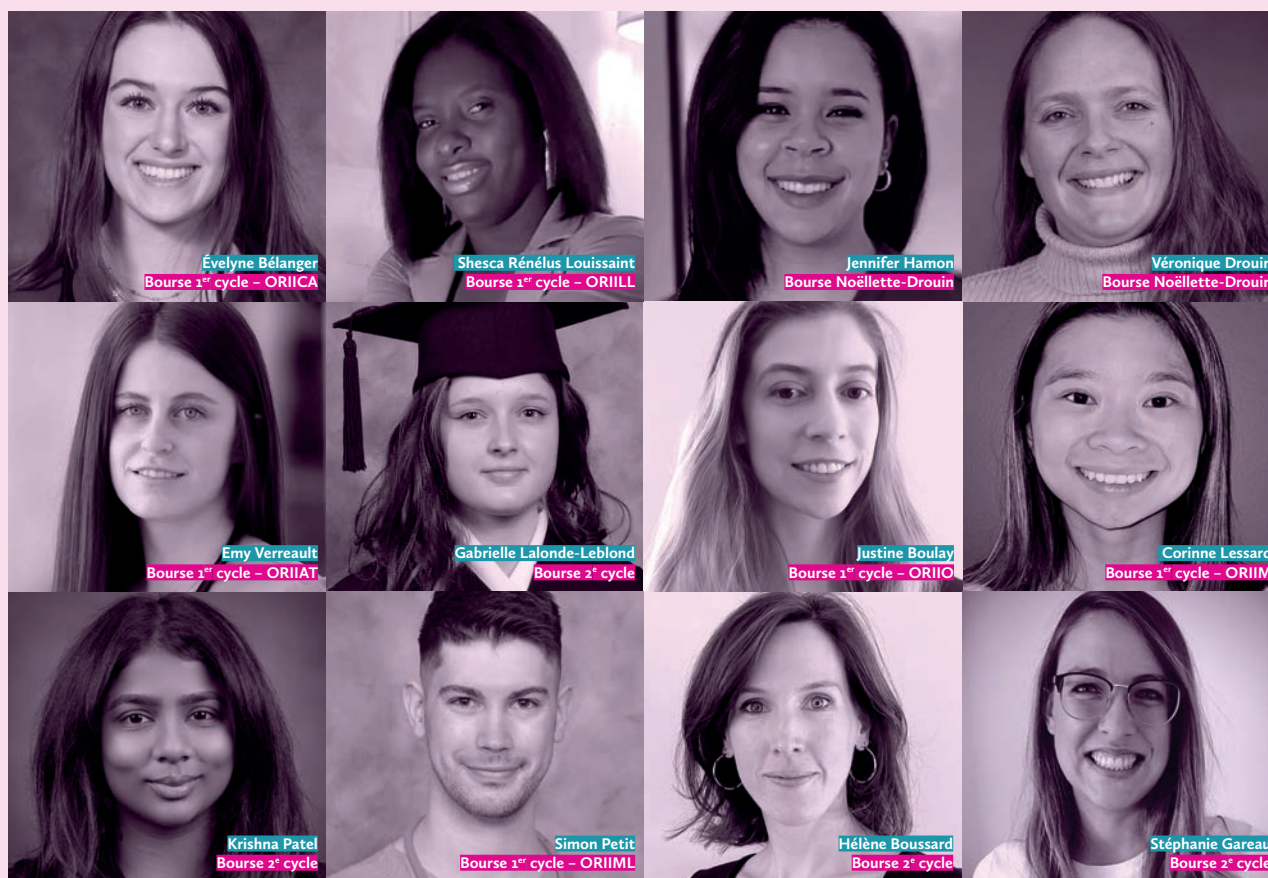
recrutement.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca
dessinetacARRIERE.ca

La Fondation offre des bourses d'études aux infirmières et infirmiers d'aujourd'hui et de demain de partout au Québec.

Offrez un don lors de l'inscription au Tableau

et soutenez le développement professionnel de vos collègues.

fondationoiiq.org

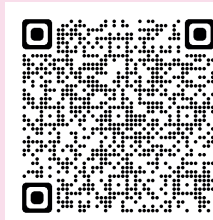


Découvrez l'ensemble des boursières et boursiers au fondationoiiq.org.



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.



La Fondation remet 28 bourses d'études à des infirmières et infirmiers de partout au Québec

Au mois de décembre dernier, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (FOIIQ) a eu le grand plaisir de dévoiler les récipiendaires de ses programmes de bourses.

par **ALEXANDRA TREMBLAY-DESROCHERS**

RÉCIPIENDAIRES DES BOURSES 2022

Une vingtaine de bourses de 7 000 \$ ont été octroyées à des étudiantes et étudiants ayant entamé leur baccalauréat en sciences infirmières en septembre 2022. Avec la collaboration des ordres régionaux, ces bourses de 1^{er} cycle universitaire ont été octroyées équitablement à travers la province en fonction de la répartition des membres au sein des 12 sections de l'OIIQ (**Tableau 1**).

Quatre bourses de 10 000 \$ ont été également offertes à des infirmières poursuivant leurs études au 2^e cycle universitaire. Hélène Boussard, Stéphanie Gareau, Gabrielle Lalonde-Leblond et Krishna Patel profiteront ainsi de ce coup de pouce financier pour continuer leur parcours académique et perfectionner leur expertise.

Jennifer Hamon et Véronique Drouin, deux étudiantes finissantes du programme de baccalauréat en sciences infirmières, ont obtenu 10 000 \$ chacune grâce aux bourses Noëllette-Drouin qui saluent l'engagement, la vivacité et la personnalité hors du commun des récipiendaires.

Pour sa part, la bourse Joan Walker-Payette de 2 500 \$, destinée à une infirmière ou un infirmier diplômé hors Canada en processus d'obtention d'un permis d'exercice, a été décernée à Svitlana Zlatokryletz afin de la soutenir dans le cadre d'un stage nécessaire à son parcours.

L'aide financière attribuée cette année totalise donc près de 210 000 \$ et souligne l'engagement et l'implication de ses récipiendaires au sein de la profession infirmière.

Félicitations aux récipiendaires! Nous leur souhaitons le meilleur des succès dans la poursuite de leur développement professionnel.

REDONNER AUX PROFESSIONNELS D'AUJOURD'HUI ET DE DEMAIN

La Fondation a renouvelé sa mission en 2021 afin, d'une part, de renforcer sa cohérence avec celle de l'OIIQ et, d'autre part, de rendre plus tangible le réinvestissement du don des membres. Désormais, elle encourage les études en sciences infirmières ainsi que le développement professionnel des infirmières et infirmiers du Québec en leur offrant un soutien financier, ce qui facilite ainsi l'acquisition de compétences approfondies en soins infirmiers.

Même si l'évaluation du dossier académique est prise en compte dans le processus de sélection des candidatures, les bourses de la Fondation ne constituent pas des bourses d'excellence. Le jury prend en considération les réalisations des étudiantes et étudiants et leur expérience professionnelle, l'impact de la bourse dans leur cheminement ainsi que leurs motivations à poursuivre leurs études.

La Fondation concrétise ainsi sa volonté d'agir en tant que levier pour la réalisation du plan stratégique de l'OIIQ, tout en se rapprochant des infirmières et infirmiers.

Donner à la Fondation, c'est investir dans la profession infirmière et soutenir concrètement ses collègues d'aujourd'hui et de demain. •

Tableau 1
RÉCIPIENDAIRES 2022

BOURSES DE 1^{er} CYCLE (7 000 \$)	Montréal/Laval • Marie-Josée Cécyré • Ève-Laurence Fontaine • Carly Hylton • Sarah Maltais • Simon Petit
	Montréal • Marie-Soleil Desjardis • Corinne Lessard • Maggy Paquette • Gabrielle Taillefer
	Laurentides/Lanaudière • Laury-Ann Chapoy • Shesca Rénélus Louissaint • Ekundayo Mary Soyinka
	Québec • Isabelle Auger • Leandra Jarnoux Neira
	Estrie • Bénédicte Savard
	Mauricie/Centre-du-Québec • Anne-Laure Antoinette
	Chaudière-Appalaches • Évelyn Bélanger
	Saguenay-Lac-Saint-Jean/ Nord-du-Québec • Laurance Tremblay
	Bas-Saint-Laurent/ Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine • Océane Bernatchez-Maturin
	Outaouais • Justine Boulay
BOURSES DE 2^e CYCLE (10 000 \$)	Abitibi-Témiscamingue • Emy Verreault
BOURSES NOËLLETTE-DROUIN (10 000 \$)	• Hélène Boussard • Stéphanie Gareau • Gabrielle Lalonde-Leblond • Krishna Patel
BOURSE JOAN WALKER-PAYETTE (2 500 \$)	• Jennifer Hamon • Véronique Drouin
	• Svitlana Zlatokryletz



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.



POUR EN SAVOIR PLUS

Pour toute information concernant la mission de la Fondation et ses nombreux programmes de bourses, consultez le site fondationoiiq.org.



21 NOVEMBRE

AGA2022

Assemblée générale annuelle

La 102^e Assemblée générale annuelle (AGA) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec s'est déroulée en mode hybride au Palais des congrès à Montréal. Son président, Luc Mathieu, a donné le coup d'envoi à ce grand rassemblement qui a réuni quelque 1 200 participantes et participants de partout au Québec, dont 780 personnes déléguées.

par JOSIANE ROULEZ



Le président de l'Ordre est revenu sur cette 102^e année placée sous le signe de l'action, bien que la pandémie ait affecté de nouveau les infirmières et infirmiers. Luc Mathieu a rappelé les points saillants des activités du Conseil d'administration (CA) et les avancées de l'Ordre dans de grands dossiers en 2022. Il a ensuite présenté les prises de position publiques de l'Ordre sur des sujets touchant la profession infirmière, grâce auxquelles l'organisation affirme son leadership et joue un rôle sociétal. Enfin, il s'est entretenu avec le ministre de la Santé, Christian Dubé, sur les moyens mis en place dans le Plan santé du gouvernement du Québec pour optimiser le recours à l'expertise infirmière.

DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS MOBILISÉS

Après les États généraux de la profession infirmière en 2021, qui ont permis de mener une réflexion sur l'avenir de la profession, l'Ordre a renforcé ses partenariats avec les associations, les milieux de soins et les ministères, entre autres, afin d'établir une feuille de route en vue de mettre en œuvre les 31 recommandations émises dans le rapport des commissaires des États généraux. « Il faut entreprendre concomitamment et rapidement les démarches nécessaires à trois niveaux : rehausser la formation initiale et revoir l'offre de formation continue, revoir l'organisation des soins et augmenter l'offre de soutien clinique », a rappelé Luc Mathieu aux infirmières et aux infirmiers présents. Le franchissement de cette étape est nécessaire en vue de réaliser avec succès le Plan santé du gouvernement du Québec.

L'Ordre a, d'ailleurs, salué ce Plan santé pour ses mesures visant à améliorer les conditions d'exercice des infirmières et des infirmiers et à recourir justement à leur expertise pour favoriser un meilleur accès aux soins de santé. Le gouvernement a également publié en 2022 un autre rapport, soit celui du Groupe de travail national sur les effectifs infirmiers, mis sur pied à la demande de l'Ordre dans le but de réduire la pénurie de personnel. « Nous sommes maintenant en attente du plan d'action ministériel qui découlera de ce rapport », a déclaré Luc Mathieu.

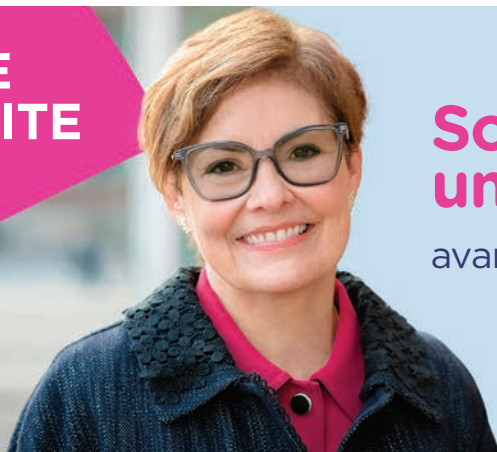
PHOTOS

1. Luc Mathieu, inf. DBA, président de l'OIIQ
2. Luc Mathieu, inf. DBA et Christian Dubé, ministre de la Santé
3. Marie-Claire Richer, inf., Ph. D., directrice générale de l'OIIQ



INSIGNE DU MÉRITE 2023

Sylvie Dubois,
récipiendaire 2022



Soumettez une candidature

avant le 24 avril 2023

Renseignement oiiq.org/insigne

La dernière année a vu, entre autres, naître l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec, un regroupement qui rassemble une vingtaine d'associations infirmières provenant de toutes les régions de la province. Issue des États généraux, l'Alliance a pour objectif de créer un environnement favorable aux changements requis afin de répondre aux besoins croissants des patients et du réseau de la santé.

VERS UNE FORMATION UNIVERSITAIRE?

Pour améliorer l'accès aux soins de santé, l'Ordre est convaincu qu'il faut conférer plus de responsabilités aux infirmières et infirmiers. Et cela passe par une formation universitaire. Dans cette optique, l'Ordre a déposé, en mai 2022, un mémoire à l'Office des professions du Québec visant à faire du baccalauréat la nouvelle norme d'entrée à la profession. Cette demande fait suite au rapport des États généraux. « Le cursus universitaire offre aux infirmières et infirmiers la possibilité de pratiquer leur profession de manière autonome et de développer un jugement clinique à la hauteur de ce que nous attendons d'eux », a affirmé Luc Mathieu. De plus, les soins à domicile, voire les soins intensifs à domicile, représentent une avenue à préconiser pour contrer les débordements dans les hôpitaux, et nécessiteront du personnel prêt à exercer dans un tel contexte.

Le président de l'Ordre a rappelé que la formation en sciences infirmières au collégial garde toute sa pertinence. « Les cégeps font partie de la solution, d'ailleurs le parcours DEC-BAC en sciences infirmières est très apprécié », a-t-il précisé. Les établissements d'enseignement, les ministères, les associations professionnelles et les syndicats doivent travailler de concert pour faire de cette transition vers la formation universitaire une réussite. Le gouvernement devrait prendre une décision sur la question de la formation initiale en 2023.

LEADERSHIP ET RÔLE SOCIÉTAL DE L'ORDRE

Au cours de la dernière année, l'Ordre a pris position dans divers dossiers à propos d'enjeux de santé qui relèvent de l'intérêt public ou qui concernent l'accès aux soins.

Dans le cadre des audiences de la Commission spéciale sur l'évolution de la Loi concernant les soins de fin de vie, l'Ordre a dévoilé les grandes lignes de son mémoire déposé sur le sujet. Ce document traite de deux défis au cœur du mandat de la Commission spéciale : l'élargissement de l'accessibilité à l'aide médicale à mourir aux personnes en situation d'incapacité et à celles souffrant d'un trouble mental comme seul problème médical invoqué.

L'Ordre a aussi recommandé l'ajout des infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) à la liste des évaluateurs et dispensateurs de l'aide médicale à mourir dans le cadre de la Loi concernant les soins de fin de vie. Pendant la crise sanitaire seulement, les infirmières et infirmiers étaient autorisés à constater le décès d'une personne. « L'Ordre demande que la mesure puisse être accordée de manière permanente au personnel infirmier », a dit le président de l'Ordre.

Concernant l'accès aux soins de santé pour la population québécoise, l'Ordre a participé à la Commission de la santé et des services sociaux pour faire valoir ses recommandations sur le projet de loi n° 11 concernant la Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre. L'Ordre soutient qu'il faut miser sur la collaboration et l'expertise interdisciplinaires, dont celles des infirmières et infirmiers. « L'accès aux soins de santé en première ligne ne peut reposer uniquement sur les épaules d'un médecin omnipraticien, a précisé Luc Mathieu. L'enjeu n'est plus d'avoir accès à un médecin de famille, mais à une équipe de famille. »

DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES EN SÉCURITÉ CULTURELLE

À la suite du décès tragique de Joyce Echaquan, une jeune femme atikamekw, l'Ordre a mis en place différentes actions et a reconnu le racisme systémique dans le système de santé québécois. L'Ordre recommande aux établissements d'enseignement collégiaux et universitaires de réviser leurs programmes d'études en sciences infirmières pour y intégrer le concept de sécurisation culturelle. Il réfléchit en outre à la possibilité d'offrir à ses membres une formation continue portant sur les soins culturellement sécurisants auprès des Premières Nations et des Inuit.

Adopté par le conseil d'administration en 2021, l'énoncé de position Améliorer les soins aux Premières Nations et aux Inuit en contrant le racisme systémique s'articule autour de cinq sphères de la profession

infirmière, dont la formation et le développement des compétences en sécurité culturelle. Dans le cadre de sa tournée des régions 2022-2023, Luc Mathieu compte rencontrer des infirmières et des infirmiers prodiguant des soins aux Premières Nations et aux Inuit pour prendre le pouls de la situation sur le terrain.

ÉCHANGES AVEC CHRISTIAN DUBÉ

En entretien avec le ministre de la Santé, Christian Dubé, le président de l'Ordre a échangé sur l'enjeu de l'accès aux soins de santé et l'optimisation à l'expertise infirmière pour y parvenir.

Christian Dubé a précisé qu'il était important de maximiser l'accès aux soins de santé à la population québécoise. Pour ce faire, il faut former davantage d'IPS, d'ailleurs trois cliniques d'IPS ouvriront bientôt leurs portes à Montréal, a-t-il dit. Il croit aussi qu'il faut optimiser le système informatique du réseau de la santé et embaucher du personnel administratif pour mieux soutenir les infirmières et infirmiers en les libérant de certaines tâches.

Au cours d'une période d'échange avec l'auditoire, Christian Dubé a voulu entendre les infirmières et infirmiers sur les solutions susceptibles d'améliorer l'accès aux soins.

En conclusion de son rapport, Luc Mathieu a demandé l'appui de ses membres pour faire reconnaître la profession infirmière et participer pleinement au Plan santé. « Nous devons entendre vos voix! », a-t-il affirmé.

RÉPONDRE À LA MISSION DE L'OIIQ

Marie-Claire Richer, directrice générale de l'Ordre, a ensuite pris la parole pour revenir sur cette année fructueuse, en commençant par rappeler la structure organisationnelle de l'OIIQ. Composée de directions aux expertises variées et complémentaires, l'Ordre est en mesure de concrétiser avec compétence et engagement sa mission de protection du public grâce à différents mécanismes et selon des principes directeurs.

La directrice générale est revenue sur l'implantation d'une culture collaborative au sein de l'Ordre en vue de faire reconnaître la profession infirmière. D'autre part, ce dernier s'efforce d'exercer un leadership reconnu, en collaboration avec tous ses partenaires, afin de relever les défis en santé pour le bien-être de la population.

Marie-Claire Richer a également souligné la création d'un service de courtage de connaissances au sein de l'Ordre pour bâtir des ponts entre les chercheurs, les dirigeants et les professionnels du domaine infirmier. Pour la première fois de son histoire, l'Ordre accueille une chercheuse en résidence qui agira comme consultante. « La création de ce rôle démontre notre engagement à promouvoir la recherche pour guider les décisions de l'Ordre et à exercer une vocation sur les pratiques reconnues et émergentes en soins infirmiers », a ajouté Marie-Claire Richer.

BESOINS ET INTÉRÊTS DE LA RELÈVE

Charles Bilodeau, président sortant du Comité jeunesse, a souligné que le Comité a déposé au CA un avis intitulé *La préparation des infirmières et infirmiers nouvellement diplômés*. Trois recommandations ont été proposées, dont la révision des modalités de stages cliniques. Charles Bilodeau a profité du moment pour présenter sa successeuse à la présidence, Audrey Lortie.

ÉTATS FINANCIERS ET CONSULTATION SUR LA COTISATION

Les états financiers pour l'année 2021-2022 démontrent que l'Ordre dispose du cadre financier nécessaire pour réaliser sa mission de protection du public et poursuivre la mise en œuvre de son plan stratégique.

À l'été 2022, l'Ordre a mené une première consultation auprès des membres au sujet de la cotisation 2023-2024. Lors de l'AGA, une deuxième consultation a été faite auprès des délégués et membres présents. Le bilan des deux consultations se trouve sur le site Web de l'Ordre.

NOMINATIONS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'AGA s'est terminée par l'annonce des nominations au CA. Maryan Lacasse et Carole Leblanc occuperont respectivement les postes de vice-présidente et de trésorière pour le mandat de 2022 à 2026. Cinq membres du CA, élus ou réélus, auront la chance de porter et de faire progresser les dossiers prioritaires pour la profession et pour la population québécoise. •

XYDALBA® est le premier et le seul agent s'administrant par perfusion intraveineuse de 30 minutes en une ou deux doses indiqué dans le traitement des infections bactériennes aiguës de la peau et des structures cutanées (acute bacterial skin and skin structure infections, ABSSSI)^{1,2*}

XYDALBA® doit être administré par perfusion intraveineuse pendant une durée de 30 minutes. Le schéma posologique recommandé pour XYDALBA® chez les patients adultes atteints d'ABSSSI consiste à administrer 1 500 mg en une dose unique ou en une dose de 1 000 mg suivie d'une dose de 500 mg une semaine plus tard.

XYDALBA® (dalbavancine pour injection) est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints d'infections bactériennes aiguës de la peau et des structures cutanées (acute bacterial skin and skin structure infections, ABSSSI), causées par des isolats sensibles à cet antibiotique des microorganismes à Gram positif suivants : Staphylococcus aureus (y compris les souches sensibles et les souches résistantes à la méthicilline), Streptococcus pyogenes, Streptococcus agalactiae, Streptococcus dysgalactiae, Streptococcus anginosus (groupe) (y compris Streptococcus anginosus, Streptococcus intermedius, Streptococcus constellatus) et Enterococcus faecalis (souches sensibles à la vancomycine)².

**Un traitement puissant
pour vos patients adultes
présentant des infections
bactériennes aiguës de
la peau et des structures
cutanées (ABSSSI)²**



Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie de produit au https://www.paladin-labs.com/our_products/PM_Xydalba_FR.pdf pour connaître les contre-indications, les mises en garde et précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, les renseignements posologiques et les conditions d'usage clinique. Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1 888 867-7426 ou en envoyant un courriel à medinfo@paladin-labs.com.

ABSSSI = acute bacterial skin and skin structure infections (infections bactériennes aiguës de la peau et des structures cutanées)

* La portée clinique de cette comparaison est inconnue.

Références : 1. Données internes. Laboratoires Paladin. 3 août 2021. 2. Monographie de XYDALBA®. Laboratoires Paladin. 30 avril 2021.

PRIX
FLORENCE
2023

20 ans

Depuis 20 ans,
les prix Florence
célèbrent l'expertise.

Soumettez une candidature dès le 9 janvier.

oiiq.org/prix-florence

CONGRÈS **OIIQ**
2022

Merci à nos partenaires



beneva

TD **TD Assurance**



vocera
Now part of Stryker

ERPI





22 NOVEMBRE CONGRÈS OIIQ 2022

Si la pandémie a ébranlé le système de la santé, la crise sanitaire a aussi donné aux infirmières et infirmiers l'impulsion de se mobiliser pour en relever les défis et déployer leurs compétences. C'est d'ailleurs sous le thème « L'expertise infirmière en action » que s'est déroulé le Congrès 2022 de l'Ordre, le 22 novembre dernier, au Palais des congrès de Montréal.

par ANNE-MARIE TREMBLAY

Plus de 3 000 participantes et participants, en virtuel ou sur place, se sont penchés sur cette question lors de ce grand rendez-vous, qui représente le plus important rassemblement infirmier au Québec. « Dans la société québécoise, les infirmières et infirmiers sont encore trop souvent reconnus pour leur dévouement et leurs qualités humaines, plutôt que pour leur expertise », a souligné l'animatrice, Marie-France Bazzo, à l'ouverture du Congrès.

« Votre expertise, vous la puisez dans vos savoirs à la fois théoriques et pratiques, a rappelé l'animatrice. Vous la développez grâce à votre expérience clinique tout au long de votre formation et de votre carrière. » Les infirmières et infirmiers ont tout à gagner à faire briller leur expertise et à la faire reconnaître à sa juste valeur. À toutes les étapes de leur cheminement, ils peuvent saisir les occasions de l'affirmer et de l'élargir, par exemple en s'impliquant dans la formation de la relève, en partageant leurs connaissances, en prenant part à des projets innovants ou en jouant un rôle de leader pour améliorer les soins.

Conçu pour les infirmières et infirmiers d'aujourd'hui et de demain, le Congrès leur a donc permis de découvrir, d'apprendre, de s'inspirer et d'acquérir de nouveaux outils pour faire face aux défis de santé de la population québécoise.

UN PANEL SUR L'AVENIR DE LA PROFESSION

En matinée, le panel « L'audace d'y croire, droit devant! » a réuni six actrices et acteurs du monde infirmier impliqués dans les transformations actuelles du système de santé. « Alors que le gouvernement du Québec est en train de repenser ce système, les infirmières et infirmiers sont déterminés à contribuer à ces changements à la hauteur de leur expertise », a rappelé le président de l'Ordre, Luc Mathieu. « Contrairement à ce que l'on a déjà vu dans le passé, c'est toute la profession qui est mobilisée aujourd'hui. La pandémie est venue exacerber certains problèmes et a incité les infirmières et infirmiers à passer à l'action. »

Ainsi, en moins d'un an, plusieurs initiatives ont pris forme, comme la tenue d'États généraux ayant mené à la création de l'Alliance pour l'avenir des soins infirmiers au Québec. Cette organisation réunit les voix de 24 associations et experts du secteur des soins infirmiers. Elle porte les 31 recommandations découlant des États généraux concernant le soutien clinique et la réorganisation du travail par l'utilisation du plein champ de pratique des infirmières et infirmiers, a résumé William Tessier, porte-parole de l'Alliance.

Ce regroupement plaide notamment pour un rehaussement de la formation afin que le diplôme universitaire devienne la porte d'entrée à la profession. « Avec l'augmentation de l'espérance de vie, les cas se complexifient. Les soins ont changé, et nous devons miser sur une formation qui évolue au rythme de la médecine moderne. Il nous faut aussi un référentiel de compétences et des programmes de résidences pour accompagner les infirmières et infirmiers de la relève », a-t-il plaidé.

Ces recommandations semblent trouver une oreille favorable au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui prépare actuellement un plan d'action sur les effectifs infirmiers, a expliqué Elizabeth Arpin, directrice nationale des soins et services infirmiers au MSSS. Déjà, au cours des derniers mois, un groupe de travail réunissant



PHOTOS

1. Marie-France Bazzo, animatrice du Congrès
2. Nuage de mots répondant à la question « Comment mettez-vous votre expertise en action? »
3. Panélistes de L'audace d'y croire, droit devant!
4. Kim Thuy, conférencière



tous les acteurs du domaine s'est penché sur la question. De nombreuses recommandations ont émergé de cette réflexion commune, dont une majorité recoupe celles mises de l'avant dans les États généraux. « Avec plus de 82 000 membres, aucune autre profession au Québec n'est aussi importante. Il faut vous faire entendre et vous faire voir », a lancé Elizabeth Arpin. Bref, les vents semblent favorables à l'avancement de la profession.

UNE JOURNÉE, TROIS PARCOURS

Cet intéressant panel a mis la table pour le Congrès 2022. Pendant toute la journée, infirmières, infirmiers et futurs membres de l'Ordre ont été invités à réfléchir à leurs forces distinctives, à s'outiller et à apprendre. Cette année, les participantes et participants avaient le choix entre trois programmes : le parcours Infirmier, destiné aux membres de la profession; le parcours Examen, réservé aux étudiantes et étudiants, et le parcours Intégration, à l'intention des infirmières et infirmiers diplômés hors Canada. « Ces trois cheminements complémentaires répondaient aux besoins des participantes et participants par des activités adaptées à leurs différentes réalités », souligne Olivier Rémillard, conseiller pédagogique à l'Ordre.

Parcours Infirmier : mettre l'accent sur la pratique et les enjeux de la profession

Axés sur la pratique et les enjeux de la profession, une vingtaine d'ateliers étaient à l'horaire du parcours Infirmier. Pour la première fois cette année, chacun des 10 projets régionaux sélectionnés dans le cadre du concours Innovation infirmière Banque Nationale faisait aussi l'objet d'un atelier pendant le Congrès, explique Joanie Belleau, conseillère à la Direction, Développement et soutien professionnel de l'Ordre. « Ces ateliers ont mis en lumière l'expertise des équipes régionales en leur offrant plus de temps pour expliquer leur projet et une occasion de le faire rayonner, explique-t-elle. Les équipes lauréates ont donc pu partager leurs façons de déterminer leurs besoins, de trouver des solutions innovantes et de mettre en œuvre des partenariats pour concrétiser leur idée. »

Les étudiantes et étudiants ainsi que les infirmières et infirmiers diplômés hors Canada ont aussi pu se joindre à ces ateliers pour découvrir ces projets novateurs.

Parcours Examen : commencer du bon pied

Les étudiantes et étudiants inscrits au parcours Examen n'ont pas été déçus par cette journée riche en activités. En plus de la conférence « Si l'examen m'était conté », qui a démystifié ce passage obligé pour exercer la profession, ils ont également pu entendre deux témoignages, l'un en français et l'autre en anglais, offerts par des membres de la relève qui venaient tout juste de franchir cette étape importante et qui ont dévoilé leurs bons et leurs moins bons coups.

Les candidates et candidats à la profession ont ensuite assisté à l'atelier « Mythes et réalités sur l'examen ». Cette présentation visait à les rassurer sur les rumeurs qui circulent autour de cette évaluation professionnelle, explique Chantale Lemieux, infirmière, conseillère à la Direction, Admissions et registrariat de l'Ordre et coanimatrice des activités de ce parcours. « Si les candidates et candidats ont l'impression d'arriver au bâton avec deux prises contre eux, ça influence la façon dont ils se préparent, arrivent à l'examen et répondent aux questions », explique-t-elle.

En complément, les infirmières et infirmiers de demain étaient invités à un atelier où ils avaient l'occasion de répondre à des questions d'anciens examens – une première appréciée, note Chantale Lemieux. « Les participantes et participants se sont vraiment prêtés au jeu. Ils sont venus au micro et ils ont osé! J'ai été très impressionnée. Même s'ils sont encore en formation, ils ont été capables de déterminer les bonnes réponses. » Au terme de leur parcours, les quelque 700 étudiantes et étudiants inscrits au Congrès sont repartis mieux outillés pour réussir cet examen.

Parcours Intégration : se préparer au choc culturel

Lors du Congrès, une centaine d'infirmières et infirmiers diplômés hors Canada souhaitant intégrer la profession au Québec ont également

pu participer à ces ateliers sur l'examen. Dans le cadre du Parcours Intégration, conçu sur mesure pour eux, ils ont aussi pu écouter le témoignage de trois professionnels infirmiers provenant du Brésil, du Liban et de la Tunisie. Malgré la difficile impression de repartir à zéro en sol québécois, ils apprécient leur travail ici, ont-ils raconté. Ils ont livré aux participantes et participants quelques conseils pour réussir leur intégration, comme ne jamais abandonner, faire preuve d'ouverture et éviter les comparaisons avec leur pays d'origine.

Ces futurs membres de l'Ordre ont ensuite poursuivi la discussion autour du choc culturel, des valeurs et de la réalité entourant la pratique au Québec. Dans un atelier animé par Viviane Fournier, professeure et directrice de maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, les participantes et participants ont pu raconter leur expérience et partager leurs stratégies pour réussir leur adaptation. « C'est important de réaliser que nous ne sommes pas les seuls à se heurter à ce genre d'embûches, que c'est tout à fait normal. Ces ateliers leur ont offert des outils pour affronter leur réalité », note Olivier Rémillard, coanimateur du parcours.

L'ART DU LÂCHER-PRISE

En début d'après-midi, l'ensemble des participantes et participants ont été conviés à une conférence de Kim Thúy, « Le succès de mes échecs ». Avec la verve qu'on lui connaît, l'auteure a souligné la grande influence que l'expertise infirmière a eue dans sa vie au Québec.

Devant une foule captivée, Kim Thúy a ensuite livré un émouvant témoignage sur son enfance au Vietnam, puis sur sa fuite, à l'âge de dix ans, avec sa famille comme boat-people. « Quand on vit dans un pays comme le Vietnam, qui a été une colonie française pendant 100 ans, puis en guerre pendant 20 ans, on perd le contrôle, on apprend à lâcher prise. » La fin du conflit armé et l'arrivée au pouvoir d'un parti communiste n'ont pas amélioré la situation, au contraire. « Le gouvernement contrôlait tout et pouvait confisquer autant les porcs des fermiers qu'un piano dans une maison. Tout devenait propriété du gouvernement. » Même son avenir – et celui de ses frères qui devaient être envoyés au front – était joué d'avance.

À peine débarqués dans un camp de réfugiés en Malaisie, elle et sa famille ont vu leur bateau se désintégrer et sombrer presque aussitôt, sous l'effet d'une simple pluie. Kim Thúy a alors réalisé qu'il s'en était fallu de peu. Au cours de son périple en mer et de son séjour dans le camp de réfugiés, elle a fait face à la faim, à l'insalubrité, au manque d'eau et à la promiscuité. « Quand tu fais l'expérience de tous ces aléas, le reste devient tellement facile. Tu réalises que tu n'as aucun pouvoir, aucun contrôle sur quoi que ce soit. »

Toute sa vie, Kim Thúy se rappellera l'accueil chaleureux qu'elle a reçu en arrivant à Granby, après des semaines dans des conditions de vie difficiles. « Par leur regard, les gens qui m'ont accueillie m'ont redonné ma dignité et mon humanité. Je ne me suis jamais sentie aussi belle qu'à ce moment-là. À cette première seconde, je suis devenue Québécoise. C'est le plus beau cadeau du monde et, encore aujourd'hui, je pense que je peux exercer tout ce lâcher-prise grâce à ce regard qui m'a permis de déployer mes ailes », a-t-elle conclu.

LE TEMPS DE BRILLER

Tout au long de la journée, les participantes et participants avaient été invités à répondre à la question « Comment mettriez-vous votre expertise en action? » et à cibler un outil concret, découvert pendant le Congrès, qu'ils pourraient utiliser dès leur retour dans leur milieu professionnel. Au terme de la journée, des mots comme « leadership », « innovation », « inspiration » et « savoirs » ont émergé de cette réflexion concertée, illustrée au grand écran par un nuage de mots. « Ce sont des termes très positifs, qui parlent de confiance en soi et d'audace, a souligné Marie-France Bazzo. On l'a dit plus tôt, le moment de briller est venu pour les infirmières et infirmiers. Quand je vois la confiance qui se reflète dans ces mots, je pense qu'on ne passera pas à côté de ce moment. »

« Je termine ces deux jours avec de grands espoirs pour la profession, a enchaîné Luc Mathieu. Un momentum est en train de s'installer et la mobilisation est forte. Il est temps de passer à l'action ensemble, en parlant d'une seule voix. Tous les ingrédients sont réunis. » ●

Des infirmières reconnues pour leur expertise

L'expertise, l'innovation et le dépassement étaient à l'honneur lors de l'Assemblée générale annuelle et du Congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les 21 et 22 novembre derniers. Découvrons ces infirmières d'exception qui ont été honorées devant leurs pairs durant ces événements hauts en émotion!

par **EMMANUELLE SALESSE**

UNE VISIONNAIRE SE VOIT REMETTRE L'INSIGNE DU MÉRITE

Chaque année depuis 1973, l'Insigne du mérite souligne la contribution remarquable d'une infirmière ou d'un infirmier aux soins et services de santé et au développement de la profession. Cette année, le prix a été décerné à une femme d'influence aux réalisations impressionnantes.

Sylvie Dubois, récipiendaire de l'édition 2022, s'est démarquée tout au long de sa carrière grâce à son engagement dynamique, son leadership stratégique et son talent de mobilisatrice. En s'assurant d'occuper pleinement les rôles qui lui étaient confiés, elle a touché à différents domaines de la profession infirmière, passant de la pratique clinique à la recherche, à la gestion et à la formation.

Curieuse et ouverte aux changements, elle est considérée par plusieurs comme une véritable visionnaire pour la profession. En effet, en s'inspirant de résultats de recherche et des meilleures pratiques, elle a apporté d'importantes transformations aux retombées positives dans les milieux où elle a exercé, par exemple au CHUM, à l'Université de Montréal ou au ministère de la Santé et des Services sociaux en tant que DSI nationale. C'est d'ailleurs à cet endroit qu'elle a fait progresser de nombreux dossiers stratégiques cruciaux pour l'accessibilité et la qualité des soins, comme le droit récemment reconnu des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de poser un diagnostic.

Véritable modèle de rôle pour de très nombreux membres de la profession, son engagement envers la population et la profession inspire le respect de ses collègues et de celles qui la côtoient. « Sylvie Dubois présente un cheminement de carrière remarquable et varié, reconnu par ses pairs. Elle a joué avec brio le rôle de mentor et d'inspiration pour plusieurs étudiantes et étudiants qu'elle a accompagnés, mais aussi auprès de l'ensemble de la communauté infirmière », a souligné le président de l'OIIQ, Luc Mathieu.

L'AUTONOMIE DÉCISIONNELLE AU CŒUR DU CONCOURS INNOVATION INFIRMIÈRE

Le Grand prix Innovation infirmière Banque Nationale 2022 de l'OIIQ a été décerné à l'équipe du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour son projet : *Recours à la surveillance accrue des usagers – Pour une pratique efficiente, sécuritaire et respectueuse*.

Le projet, proposé par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec (ORIIQ), avait comme objectif de diminuer les effets indésirables chez les usagers de la surutilisation de la surveillance constante. Visant au départ deux directions uniquement, le projet s'est vite étendu à l'ensemble des directions cliniques du CIUSSS en raison des résultats probants et impressionnants.

Au-delà des bénéfices pour les usagers, le projet permet d'accroître l'autonomie décisionnelle des infirmières en mettant de l'avant leur compétence d'évaluation, ainsi que leur capacité à déterminer un plan d'intervention qui sera réalisé en interdisciplinarité. Ce projet innovant permet donc à l'infirmière d'occuper pleinement son champ d'exercice!



LE PRIX MÉRITE CIQ SOUS LE SIGNE DE L'IMPLICATION

Julie Poirier s'est vu remettre cette année le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) en raison de son apport au service de sa profession et de son ordre professionnel.

Depuis ses débuts dans la profession infirmière, l'implication et la contribution exceptionnelle de Julie Poirier auprès de l'OIIQ ont été remarquables grâce à son soutien envers la relève infirmière et les ordres régionaux. Ayant à cœur les jeunes infirmières et infirmiers, elle a participé à la création des Comités jeunesse dans les différentes régions administratives du Québec, ainsi qu'au Comité jeunesse provincial. Actuellement, présidente de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Chaudière-Appalaches (ORICA), Julie Poirier soutient, en collaboration avec l'OIIQ, tous les ordres régionaux dans leurs divers mandats.

Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) depuis plus de 10 ans, elle est également reconnue pour son expertise clinique et sa participation à divers comités et groupes de travail, tant sur les plans régional, provincial qu'international. •

PHOTOS

1. Sylvie Dubois, inf., Ph. D., récipiendaire de l'Insigne du mérite 2022
2. Équipe du CIUSSS de la Capitale-Nationale, lauréate du Grand prix Innovation infirmière Banque Nationale 2022
3. Julie Poirier, inf., M. Sc. inf., lauréate du prix Mérite du CIQ 2022



Profitez d'économies annuelles avec notre offre bancaire privilégiée pour les infirmières et infirmiers

Découvrez vos avantages
et privilèges sur bnc.ca/infirmier

Fière partenaire de



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International Inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada. © 2022 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.



Optimisation de la composition des équipes en soins infirmiers et d'assistance

Des travaux nécessaires à la protection de l'accès et de l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux

La pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers est présente dans l'ensemble des régions du Québec et dans toutes les organisations du réseau de la santé et des services sociaux. Pourtant, l'effectif infirmier est en croissance constante depuis les 10 dernières années. En fait, le nombre d'infirmières inscrites au Tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dépasse les 80 000 membres en 2021. Une diminution des départs à la retraite est également observée depuis 2018-2019 (OIIQ, 2021b). Ainsi, devons-nous réalismement parler de pénurie?

par CATHERINE GERVAIS, inf., B. Sc. inf., STÉPHANIE DESPINS, inf., B. Sc. inf., VÉRONIQUE LAROUCHE, inf., M. Sc., et ELISE LECLAIR, inf., M. Sc. inf.

Déjà en 2007, l'OIIQ mentionnait l'urgence de sortir de la logique de pénurie en arrêtant de se demander comment recruter des ressources infirmières supplémentaires pour se pencher davantage sur le moyen de mieux les déployer pour répondre aux besoins de la population du Québec, mais également pour leur permettre l'exercice de leur profession à la hauteur de leurs aspirations et de leurs compétences. L'OIIQ encourageait les organisations à réfléchir au rôle occupé par les infirmières dans les milieux afin de l'optimiser. Quinze ans plus tard, force est de constater que nous devons maintenant, plus que jamais, réaliser les démarches nécessaires pour y parvenir.

Donc, dans cette optique, la Direction des soins infirmiers (DSI) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) a effectué des travaux d'optimisation de la composition des équipes en soins infirmiers et d'assistance.

PROBLÉMATIQUE

Face aux nombreux défis du réseau, les organisations doivent s'assurer que leurs professionnels exercent des activités cohérentes avec leur champ d'exercice et que chaque personne contribue à la hauteur de ses compétences. Le statu quo n'est plus possible. Les problèmes de main-d'œuvre exigent de revoir et d'apprécier les activités cliniques réalisées par les membres de l'équipe soignante. Chaque action, chaque structure et chaque titre d'emploi doivent en effet faire l'objet d'une analyse objective, effectuée par les instances compétentes détentrices de l'expertise nécessaire. La protection de l'accès et de l'offre des soins et services en dépend.

Les travaux exécutés par la DSI du CIUSSS MCQ ont permis de mesurer le niveau des activités à valeur ajoutée des infirmières, des infirmières auxiliaires et des préposées aux bénéficiaires (PAB) pour elles-mêmes, pour l'équipe soignante et l'usager. Ils ont permis de répondre à la question suivante : « Pour les activités cliniques à accomplir dans le secteur, quelle composition de l'équipe répond le mieux aux besoins? »

DÉMARCHE

Cette démarche a été entreprise à la suite d'un mandat octroyé par le président-directeur général (PDG) du CIUSSS MCQ en juin 2020. L'organisation était dans l'urgence d'agir en raison d'une pénurie importante de main-d'œuvre, déjà connue depuis plusieurs années mais accentuée par le contexte d'urgence sanitaire. Les travaux d'optimisation ont été effectués en conformité avec une pratique basée sur les données probantes, laquelle se définit par la triangulation de trois sources de données : scientifiques, contextuelles et expérientielles (INESSS, 2015). Chaque source est associée à une expertise spécifique. L'utilisation concurrente de deux des trois sources de données apporte une valeur ajoutée, tandis que la zone d'excellence est conséquente à l'utilisation des trois sources de façon simultanée (INESSS, 2015). Dans le cadre de ce projet, les données scientifiques font principalement référence aux documents officiels encadrant la pratique des professionnels au Québec (ex. : lignes directrices du ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], documents issus des ordres professionnels [ex. : champs d'exercice], *Loi sur les infirmières et les infirmiers* [ch. I-8], etc.). Les données contextuelles concernent davantage la pratique factuelle et représentent, entre autres, l'état de pénurie de main-d'œuvre, certains aspects concernant l'environnement de travail ou des problèmes de nature syndicale. Finalement, les données expérientielles réfèrent principalement à l'expérience clinique et au vécu des professionnels et des gestionnaires.

Afin d'émettre des recommandations visant une utilisation optimale du champ d'exercice de chaque professionnel et la composition optimale de l'équipe quant aux activités cliniques à réaliser, les travaux se sont actualisés en conformité avec la pratique basée sur les données probantes et selon la méthodologie suivante.

MÉTHODOLOGIE DU PROJET

Priorisation et attribution des secteurs

La priorisation des secteurs cliniques a été effectuée en fonction des potentiels de gain qui semblaient les plus élevés, c'est-à-dire où il semblait y avoir une optimisation des ressources possibles.

Une **totalité de 36 secteurs cliniques** ont été visités et analysés par des conseillères-cadres en soins infirmiers détenant des connaissances en matière clinique, mais également en gestion. Parmi les secteurs visités ont été retenus plusieurs cliniques externes, des unités de courte durée gériatriques (UCDG), des services d'urgence, des unités de santé mentale, etc. Dans certains secteurs, la collaboration d'une conseillère-cadre des services multidisciplinaires a été mise à profit, notamment lorsque les équipes œuvraient en interdisciplinarité et que l'intégration de nouveaux titres d'emploi (autre qu'en soins infirmiers et d'assistance) était possible.

TITRES D'EMPLOI

Les titres d'emploi suivants ont été ciblés pour ce projet : assistante du supérieur immédiat (ASI), infirmière¹, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires (PAB). Aux fins de la rédaction de cet article, seul le titre d'emploi « infirmière » est présenté.

Collecte de données

La collecte de données était composée de différentes étapes :

Données contextuelles

- Une rencontre initiale variant entre 60 et 90 minutes avait lieu avec le gestionnaire afin de prendre connaissance de la structure des postes, de l'organisation du travail et des enjeux cliniques existants.

De façon plus précise, l'entrevue était généralement semi-structurée. Elle visait à recueillir des données concernant les catégories d'emploi et les canevas d'horaire, et permettait également de mieux comprendre les activités cliniques réalisées dans le milieu, de même que les prémisses de l'organisation du travail. Le nombre approximatif d'usagers vus en clinique externe, les ratios établis pour le personnel en soins infirmiers et d'assistance étaient aussi pris en compte.

- Grâce aux informations obtenues du gestionnaire, une démarche d'étalonnage interne et externe concernant la structure, les ratios et l'organisation du travail pouvait être entreprise selon le secteur visité.

Données expérientielles

- Une observation directe dans le milieu avait lieu ensuite afin d'échanger avec le personnel en place et d'observer dans l'action les activités cliniques réalisées. Aucun outil d'évaluation normalisé n'a été utilisé dans le cadre de l'observation sur le terrain. Cette étape du processus de collecte de données était effectuée dans le but de dévoiler les activités exécutées (observations directes) ou recensées (auprès du personnel).

Données scientifiques

- Une revue de littérature et des données probantes avaient lieu, car les structures de certains secteurs découlent de lignes directrices.
- Les informations issues des différentes modalités de collecte de données étaient finalement colligées avec les données probantes disponibles, telles que les champs d'exercice des divers professionnels.

Analyse et rédaction du rapport

À la suite des étapes réalisées lors de la collecte de données, la conseillère-cadre attirée au secteur d'activité portait une réflexion critique et se questionnait sur l'écart entre la pratique actuelle et celle recommandée par les données probantes (données scientifiques, contextuelles et expérientielles). En d'autres mots, en intégrant les meilleures données scientifiques (ex : activités professionnelles décrites en vertu de la Loi sur les infirmières et les infirmiers [LII] et du Code des professions) et en considérant les données contextuelles et expérientielles (contexte de soins), la conseillère-cadre était à même de constater l'ampleur des changements à apporter et d'analyser leur impact sur la pratique.

Ainsi, afin d'émettre des pistes d'optimisation découlant d'une analyse associée à la réflexion critique, elle rédigeait alors un rapport faisant état de l'ensemble de la collecte de données, de même que des principales activités cliniques observées et recensées. Ces dernières étaient compilées de façon à déterminer si elles représentaient une valeur ajoutée ou non. Dans le cadre de ce projet, une **activité à valeur ajoutée (AVA)** constituait une activité professionnelle (prévue par le champ d'exercice ou les activités réservées) de l'intervenante concernée ayant une plus-value pour le secteur. Une **activité à valeur non ajoutée (AVNA)** pouvait être réalisée par la professionnelle en question, mais aussi par une autre intervenante ou dans un autre service (Tableau 1).

Transmission du rapport et soutien à la transformation et à la réorganisation du travail

Le rapport était transmis à la direction clinique concernée et la conseillère-cadre pouvait offrir un soutien, en collaboration avec différents partenaires (ressources humaines, ressources financières, etc.), et mettre en place des recommandations.

1. Dans le cadre du projet, ce terme est inclusif et représente les titres d'emploi suivants : ASI avec usagers à sa charge (non déchargée), infirmière clinicienne, infirmière chef d'équipe et infirmière.

Tableau 1
EXEMPLE DE TABLEAU D'ANALYSE DU TITRE D'EMPLOI « INFIRMIÈRE »

ACTIVITÉS OBSERVÉES	ACTIVITÉS À VALEUR AJOUTÉE (AVA)	ACTIVITÉS À VALEUR NON AJOUTÉE (AVNA)
Désinfecter les surfaces dans la salle d'examen entre chaque usager.		X
Procéder au rangement et au remplissage des salles (vérifier le matériel et les dates de péremption).		X
Faire une culture de plaie à la demande du spécialiste.		X
Retirer des sutures ou des agrafes, selon une ordonnance médicale.		X
Établir le plan de traitement concernant les plaies.	X	
Administer de la médication par voie orale.		X

Note : Au bilan de l'activité d'observation, 83 % des activités effectuées par l'infirmière sont à valeur non ajoutée et peuvent être réalisées par un autre titre d'emploi.

ÉVALUATION

Selon les résultats obtenus à la suite des analyses, le taux d'AVA pour le titre d'emploi « infirmière » variait grandement d'un service à l'autre, allant de 0 à 88 % pour une **moyenne globale de 34 %**.

Les taux d'AVA les plus bas ont été observés dans les services ambulatoires de type « clinique externe » où l'infirmière réalisait principalement des activités routinières, d'assistance médicale et de type administratif (ex. : inscrire les antécédents de santé, les allergies et la raison de consultation sur la feuille de consultation médicale, télécopier des demandes de consultation, prendre des rendez-vous, faire des commandes et du remplissage, rechercher des résultats de laboratoire, etc.). Ces activités à valeur non ajoutée pour l'infirmière devraient être effectués par d'autres intervenants. De plus, selon les observations, les infirmières accomplissaient plusieurs tâches dévolues aux infirmières auxiliaires et même aux PAB, dont la complétion de collectes de données, la réalisation de méthodes de soins simples (ex. : installer une sonde urinaire à la demande du médecin), la réfection d'un pansement, l'assistance aux soins d'hygiène, etc. Ces activités devraient être entièrement prises en charge par les infirmières auxiliaires, voire parfois par les préposées aux bénéficiaires, afin que les infirmières se concentrent davantage sur les activités d'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier, qui constituent les assises de la profession infirmière.

Un constat supplémentaire a aussi émergé, soit l'utilisation sous-optimale du champ d'exercice et des activités réservées [Loi 90] empêchant les infirmières de déployer l'ensemble de leurs activités professionnelles. D'ailleurs, dans le cadre des travaux, des activités s'appuyant sur le jugement clinique et le raisonnement analytique ont été très peu observées.

Plus spécifiquement, certaines infirmières détenant un diplôme de niveau universitaire ont été observées dans des cliniques externes ou dans des milieux ne nécessitant pas leur expertise. Leur formation universitaire les prépare à intervenir dans des situations de soins complexes qui exigent une

autonomie professionnelle et décisionnelle auprès des usagers, des familles et des communautés. Ainsi, dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, il s'avère essentiel de considérer la complexité de la clientèle et de permettre aux infirmières cliniciennes d'exercer dans des endroits où le rythme, la complexité et l'intensité des activités cliniques sont importants, notamment dans les secteurs où les clientèles présentent des situations cliniques critiques, lorsque les soins sont offerts à l'extérieur d'un hôpital ou d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), et les secteurs où les clientèles requièrent des soins spécialisés (notamment la psychiatrie).

Il a également été constaté que la lourdeur des tâches administratives augmentait considérablement la charge de travail du personnel infirmier. Lorsque les infirmières sont contraintes d'effectuer des photocopies, de télécopier des demandes de consultation ou encore de répondre au téléphone, elles n'effectuent pas des tâches à la hauteur de leurs compétences et connaissances. Cela impacte inévitablement le pourcentage d'activités à valeur ajoutée qu'elles peuvent accomplir pour leur titre d'emploi.

Tout compte fait, il s'avère essentiel de cibler les secteurs cliniques qui requièrent prioritairement la présence des infirmières afin de les recentrer vers des activités professionnelles qui leur sont propres, en raison de leur formation et de leurs compétences distinctes.

OBSTACLES, ENJEUX ET FACTEURS DE SUCCÈS

Dans le cadre de la réalisation des travaux, l'équipe projet a fait face à des obstacles et des enjeux venus en complexifier la réalisation. Des mesures adaptatives mises en place sont présentées dans le **Tableau 2**.

Au regard des facteurs facilitateurs, il faut mentionner les conditions de succès suivantes, présentes dès les premières étapes du projet :

- Avoir le soutien de la haute direction;

Études supérieures en sciences infirmières à McGill

Propulsez votre carrière en obtenant une maîtrise ou un doctorat de l'une des meilleures universités au monde!

- **Maîtrise en sciences infirmières, pratique avancée**
- **Formation infirmière praticienne spécialisée (IPS)**
néonatalogie, soins pédiatriques, soins de première ligne, soins aux adultes et santé mentale
- **Doctorat en sciences infirmières**

La langue d'enseignement à McGill est l'anglais, mais les travaux et examens peuvent être réalisés en français.

Dates limites de demande d'admission

Maîtrise : 1^{er} février 2023 / Doctorat : 1^{er} mars 2023

mcgill.ca/nursing/programs



McGill

École des sciences
infirmières Ingram

Tableau 2
EXEMPLES D'OBSTACLES, D'ENJEUX ET DE MESURES ADAPTATIVES

OBSTACLES ET ENJEUX	MESURES ADAPTATIVES
Impacts financiers	Les recommandations ont dû être formulées dans une optique d'autofinancement, notamment pour les changements de titres d'emploi.
Postes déjà pourvus de détenteurs	Le soutien de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) est un incontournable, notamment pour la gestion des chaînes de supplémentation, au besoin. Des plans triennaux ont également été élaborés afin que les changements puissent tout de même s'actualiser, mais selon une séquence « prudente ». Ainsi, le maintien de l'expertise et le développement des compétences sont possibles.
Maintien de l'expertise et développement des compétences	Les modifications de structures progressives permettent d'éviter les problèmes d'expertise. La prévision d'un plan d'accompagnement et de développement des compétences pour les infirmières à réaffecter dans d'autres secteurs est également incontournable.
Manque de disponibilité de certains titres d'emploi	Une gestion proactive de la planification de la main-d'œuvre est nécessaire afin de soutenir les changements, notamment celui de titres d'emploi.

- Avoir un objectif organisationnel commun de recourir à la composition d'équipes pertinentes face aux besoins des usagers et d'améliorer la situation concernant la pénurie;
- Mettre en place et maintenir des modalités de communication efficaces avec les partenaires suivants : les gestionnaires, les professionnels, le Conseil des infirmières et infirmiers et le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CII-CIIA), les partenaires syndicaux, la DRHCAJ, la Direction des ressources financières, les cogestionnaires médicaux, etc.

DISCUSSION

Pour rendre la profession attractive et favoriser la rétention de la relève infirmière, il est urgent d'optimiser et de valoriser l'étendue du champ de pratique des infirmières. Le manque d'autonomie professionnelle et décisionnelle représente des

obstacles à la pleine occupation du champ d'exercice par les infirmières (Lavoie-Tremblay, Lavigne et Laporte, 2019).

Pour y parvenir, il est essentiel de définir clairement leur rôle, d'optimiser leur latitude décisionnelle afin qu'elle soit à la hauteur de leurs compétences, et de diminuer leur charge de travail, notamment en réduisant les tâches administratives (Déry, D'Amour et Roy, 2017).

Plutôt que de surveiller annuellement le nombre d'infirmières manquantes dans le réseau, nous aurions avantage à analyser les besoins des effectifs en soins infirmiers sous un autre angle, soit en fonction des besoins de services de santé et en interdépendance avec le rôle des différents intervenants (OIIQ, 2007). Il faut à tout prix éviter que les infirmières substituent leurs activités et responsabilités professionnelles par celles des autres membres de l'équipe. En d'autres mots, il importe de



Soif d'aventure et de dépassement ? On t'ouvre les portes du **Grand Nord!**

Nous sommes réputés pour notre personnel infirmier **parfaitement formé... et parfaitement heureux!** Pas surprenant puisqu'il y a plusieurs avantages à faire partie de notre équipe notamment le fait d'avoir les **premiers choix de remplacement** dans plusieurs communautés crie et inuites.

**Change ta vie,
fais une différence**



Fais-nous parvenir ton CV
infos@solutionsnursing.ca
solutionsnursing.ca
+1 877-893-7646 | 514-735-7645

revoir nos modes d'organisation des soins et de mieux partager les activités entre les membres de l'équipe de soins afin que les activités réalisées par les infirmières correspondent à celles prévues par les lois et règlements, leurs compétences et leur profil de formation initiale et continue (OIIQ, 2007).

AVENUE POUR LA PRATIQUE

Certaines études montrent une corrélation entre la pleine occupation du champ d'exercice et la satisfaction au travail (Lavoie-Tremblay et al. 2019). Les infirmières désirent travailler et exercer leur profession à la hauteur des standards des soins infirmiers et de leurs compétences. Ainsi, elles doivent œuvrer dans un environnement dynamisant et responsabilisant qui encourage et soutient leur développement professionnel et où l'accès à l'information et aux ressources est offert.

Les infirmières doivent régulièrement avoir accès à des occasions de développement intéressantes et à des possibilités de cheminement de carrière, et sentir le soutien de l'employeur. Les idées d'innovation clinique doivent également être encouragées dans les milieux de soins (ex. : boîtes à idées, réunions d'innovations cliniques), car les infirmières désirent faire preuve de créativité afin de s'adapter et d'optimiser les soins prodigués à la clientèle (OIIQ, 2021a). En d'autres mots, les environnements de travail des infirmières doivent favoriser l'autonomie, miser sur leurs responsabilités professionnelles pour leur permettre d'accomplir les activités pour lesquelles elles ont été formées.

Pour que l'environnement de travail demeure attrayant, la révision de la composition des équipes s'avère un facteur indispensable. Des liens de collaboration avec plusieurs partenaires seront certes à considérer, surtout dans l'optique d'intégrer de nouveaux titres d'emploi tels que « aide-ophtalmologiste », « préposée en ophtalmologie », « photographe médicale » dans les cliniques externes d'ophtalmologie ou d'assistant technique en soins de santé pour d'autres milieux, pour n'en nommer que quelques-uns. Ainsi, une utilisation plus efficiente des ressources humaines s'opérera.

En somme, il apparaît essentiel de bien cibler les conditions de travail favorisant la mise en œuvre optimale des différents rôles infirmiers (Benhabrou-Brun, 2019). Nous devons miser sur des formes d'organisation du travail qui soutiennent la cohésion et le déploiement des compétences et sur de bonnes habiletés communicationnelles entre les différents partenaires (DSI, directions cliniques concernées, etc.). Ainsi, nous pourrions davantage contrer les impacts de la pénurie de main-d'œuvre, tout en comptant sur notre plus grande richesse, le capital humain.



IMPORTANT

Mesures prometteuses à l'intention des gestionnaires, dirigeants et organisations :

- S'inscrire dans une démarche d'optimisation de la composition des équipes et en faire une pratique incontournable ainsi qu'une priorité organisationnelle.
- Cibler des actions visant à optimiser et valoriser l'étendue du champ de pratique des infirmières.
- Déployer des mesures encourageant l'autonomie des infirmières.
- Définir et valoriser le rôle des infirmières.
- Valoriser la recherche de pistes de solutions innovantes.
- Offrir un environnement dynamisant et responsabilisant aux infirmières.
- Valoriser et encourager le développement professionnel des infirmières.
- Se doter d'un mécanisme d'analyse systématique lors de l'affichage de postes d'infirmières.

Droit au cœur... de votre pratique!

Vous faites partie de notre solution!

- Infirmières
- Infirmières praticiennes spécialisées (SM et SA)

Développement de postes dans plusieurs secteurs spécialisés et en demande.

nousrecrutons.ca



Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre

Québec



EN CONCLUSION

Dans l'ensemble, il faut retenir qu'une démarche active et un changement de paradigme doivent rapidement s'amorcer afin d'éviter de conserver le statu quo et, ainsi, de contraindre le personnel infirmier à se conformer à la pratique actuelle qui perdure depuis plusieurs années et qui représente une mauvaise utilisation des ressources. Il devient impératif d'aborder différemment la pénurie de main-d'œuvre en répondant activement à la question suivante : « Est-ce la bonne personne qui fait

la bonne activité, au bon moment et au bon endroit? », tel que stipulé dans le Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2019-2023 (MSSS, 2021).

Il faut penser autrement, innover, se réinventer, revoir les façons de faire qui ne sont peut-être plus adaptées aux besoins actuels. En ce sens, les crises sanitaires ont toujours été recon- nues comme étant des moments clés pour se renouveler et comme un accélérateur d'innovation. Donc, il est impératif d'agir dès maintenant.●

LES AUTEURES

CATHERINE GERVAIS

Inf., B. Sc. inf.,
stomothérapeute

Conseillère-cadre en
soins ambulatoires et
stomothérapie

Direction adjointe - Soutien et
développement des pratiques
professionnelles en soins
infirmiers et d'assistance et de
la prévention des infections

CIUSSS de la Mauricie-et-du-
Centre-du-Québec

Hôpital du
Centre-de-la-Mauricie

STÉPHANIE DESPINS

Inf., B. Sc. inf., M.A.P., CHE/
LCS

Directrice adjointe - Soutien et
développement des pratiques
professionnelles en soins
infirmiers et d'assistance et de
la prévention des infections

Direction des soins infirmiers

VÉRONIQUE LAROUCHE

Inf., M. Sc.

Cheffe de service de l'innova-
tion, de la valorisation des
connaissances et des données
scientifiques.

Direction de l'enseignement
universitaire, de la recherche
et de l'innovation
Centre intégré universitaire de
santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-
du-Québec (CIUSSS MCQ)

ELISE LECLAIR

Inf., M. Sc. inf., M.B.A

Directrice des soins infirmiers

Direction des soins infirmiers

COLLABORATRICE

NAIMA BOUABDILLAH

Inf., Ph. D.

Professeure, Département
des sciences infirmières
| Université du Québec à
Trois-Rivières

RÉFÉRENCES

Benhabrou-Brun, D. (2019). «Le jugement clinique au cœur de la pratique». *Perspective infirmière*, 16(1).

De Brabandere, L. (2021). «L'homme qui jongle avec les boîtes à penser». *Gestion*, 46(2).

Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). «L'étendue optimale de la pratique infirmière – Une contribution essentielle à la performance du système de santé». *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). «Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux». Québec: INESSS.

Lavoie-Tremblay, M., Lavigne, G. et Laporte, G. (2019). «Occupation du champ d'exercice: à quoi aspire la relève infirmière?». *Perspective infirmière*, 16(1), 41-43.

«Loi 90 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (sanctionnée le 14 juin 2002) – Cahier explicatif». Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021). «Plan stratégique 2019-2023». Québec: MSSS – Direction des communications. Repéré à <https://cdn-contenu.quebec.ca/>

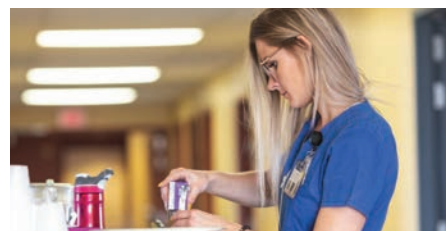
cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_20-717-01W_fevrier_MSSS.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). «Mémoire – Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!». Montréal: OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021a). «L'expertise infirmière: L'avis de la relève d'aujourd'hui» [Mémoire du Comité jeunesse déposé dans le cadre des États généraux de la profession 2021]. Montréal: OIIQ – Comité jeunesse.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021b). «Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec, 2020-2021». Montréal: OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (n.d.) «Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2010-2011». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2825-portrait-sommaire-2010-2011.pdf>



15 CENTRES D'HÉBERGEMENT (CHSLD)
PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mêmes conditions de travail et salaires que ceux du RSSS

CADRE SUPÉRIEUR ET INTERMÉDIAIRE DU RSSS
AGENT(E) D'ACTIVITÉS CLINIQUES
ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
CANDIDAT(E) À L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIER(ÈRE)

L'humain au cœur de notre agir. www.vigisante.com

Envie d'aventure?

Donne un vent de fraîcheur à ta carrière et joins-toi à notre «famille du Nord»!

Le Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava recherche du personnel infirmier pour travailler dans les 7 communautés de la Baie d'Ungava, au Nunavik!

Avantages :

- Mêmes conditions salariales qu'au sud de la province selon la convention collective de la FIQ en vigueur
- S'ajoutent des primes nordiques très avantageuses pouvant aller à plus de 730\$ par semaine
- Possibilité de 4 à 6 semaines de travail au nord suivi de 4 à 6 semaines de congé au sud à la suite de l'obtention d'un poste et sur certaines conditions
- Possibilité d'être embauché à temps partiel occasionnel (TPO) si tu as déjà complété la formation en rôle élargi
- Possibilité d'effectuer des évacuations aériennes dans les différents villages
- Logement fourni et billets d'avion payés
- Heures supplémentaires payées ou banquées
- Assurances collectives et régime de retraite avantageux
- Environnement de travail exceptionnel!

Qualification et expériences requises :

- Membre en règle de l'OIIQ
- Expérience minimale d'une année
- Une expérience à l'urgence et aux soins intensifs est un atout majeur
- Bonne connaissance de l'anglais



Tu as ce qu'il faut?

Envoie-nous ton CV à l'adresse :
recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca



ᐃᓄᓐᓂᓄᓐ ᐃᓄᓐᓂᓄᓐ ᐃᓄᓐᓂᓄᓐ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

À PROPOS DE *l'hypertension artérielle*

par GISELE BOURBONNAIS, inf., B. Sc.,
CISSS de la Montérégie-Ouest

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie silencieuse qui, à plus ou moins long terme, peut affecter le cœur, le cerveau, les artères, les yeux, les reins. Un adulte sur cinq a reçu un diagnostic d'HTA au Canada et cette proportion atteint un adulte sur deux chez les plus de 60 ans.

Plusieurs avancées ont permis de mieux contrôler la maladie au fil des années, mais les efforts doivent continuer. Les infirmières, du fait de leur expertise et de leur présence dans tous les milieux de soins, contribuent largement au dépistage, à la prévention et au traitement de cette affection.

RÉPONSES EN PAGE 42

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 01. Pour mesurer la pression artérielle (PA) en clinique, il est préférable d'utiliser un appareil oscillométrique (électronique) plutôt qu'un appareil auscultatoire (manuel). | ☐ | ☐ |
| 02. En utilisant la méthode standardisée en clinique, il est possible de dépister l'HTA de sarrau blanc et l'HTA masquée. | ☐ | ☐ |
| 03. En présence d'un bras conique ou disproportionné empêchant l'utilisation d'un brassard conventionnel, il est recommandé d'utiliser un appareil validé pour le poignet. | ☐ | ☐ |
| 04. Le seuil de la PA pour débiter la médication anti-hypertensive peut différer selon le degré de risque de la personne. On peut cependant affirmer qu'une personne présentant une PA systolique ≥ 140 mm Hg ou une PA diastolique ≥ 90 mm Hg devrait se voir offrir un traitement médicamenteux. | ☐ | ☐ |
| 05. Contrairement à d'autres types d'agents pharmacologiques, les médicaments antihypertenseurs présentent peu d'effets indésirables et sont bien tolérés par la clientèle. | ☐ | ☐ |



AVANTAGES IRIS



OFFRES EXCLUSIVES AUX MEMBRES DE L'OIIQ

Économisez **150 \$** sur des lunettes de prescription et plus encore. Inscrivez-vous sur iris.ca/avantages et utilisez votre **code d'accès : OIIQ**.

DES QUESTIONS?

Contactez avantages@iris.ca



La maltraitance envers les personnes proches aidantes

par ANNA ANDRIANOVA, M. Serv. soc., SOPHIE ÉTHIER, Ph. D., MARIE BEAULIEU, Ph. D., MÉLANIE PERROUX, M. Sc., FRANCE BOISCLAIR et CHRISTIANE GUILBEAULT

Les personnes proches aidantes (PPA) sont souvent victimes de maltraitance. Les infirmières sont-elles sensibilisées au fait que la proche aidance comporte un risque de maltraitance? Une recherche-action lève le voile sur ce phénomène peu connu et en identifie la provenance. Cet article vous présente les résultats de cette recherche et met l'accent sur le rôle des infirmières dans le développement d'une culture de bientraitance envers les PPA au Québec.

En 2018, près de 8 millions de Canadiennes et Canadiens âgés de 15 ans et plus, soit 25 % de la population, assumaient un rôle de proche aidance (Arriagada, 2020). Un nombre important, certes, mais sous-estimé, compte tenu de la difficulté des PPA à s'identifier à ce rôle (Conseil du statut de la femme, 2018; L'Appui pour les proches aidants d'âinés, 2016).

DÉFINITION

En 2020, la Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes (c. R-1.1) est adoptée par l'Assemblée nationale du Québec. Elle propose une définition large et inclusive des PPA.

Ainsi, on peut être une PPA peu importe le type de lien avec la personne aidée, ou la nature, l'ampleur, la fréquence ou la forme de l'aide offerte. Peu importe également la condition ou le milieu de vie de la personne aidée ou encore la visée de l'aide, par exemple favoriser le rétablissement, le maintien et l'amélioration de la qualité de vie. Cette définition innove en ce sens qu'elle souligne les conséquences possibles du rôle de PPA, telles que des répercussions financières et des impacts sur sa santé physique et mentale et sur ses responsabilités sociales et familiales. La Loi précise que le rôle de PPA doit être rempli à titre non professionnel, de manière libre, éclairée et révocable.

En 2021, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) rend publique une Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement (MSSS, 2021b) et un Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes (2021-2026) – Reconnaître pour mieux soutenir (MSSS, 2021a). Cette politique et ce plan d'action viennent donner des orientations et proposer des mesures concrètes afin d'appliquer la loi.

Notre recherche-action (2018-2021), intitulée Maltraitance envers

les aînés proches aidants et les proches aidants d'aînés : reconnaître, sensibiliser et prévenir, visait à enrichir les connaissances sur le phénomène peu connu de la maltraitance envers les PPA. Cet article en présente les résultats.

Notre recherche a aussi mené à la conception de la boîte à outils La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée. Elle vise à prévenir la maltraitance envers les PPA. Un encadré dans cet article vous familiarisera avec son utilisation.

Soulignons que le Plan d'action gouvernemental propose 61 mesures. Plus spécifiquement, la mesure 9 prévoit le déploiement et la diffusion de la boîte à outils dans les milieux fréquentés par les PPA, incluant les milieux de soins (MSSS, 2021a).

RECENSION DES ÉCRITS

Dans le cadre de notre recherche, la recension des écrits, réalisée en 2018, est basée sur des techniques systématiques (Grant et Booth, 2009). Elle visait à approfondir les connaissances théoriques au sujet de la maltraitance envers les PPA. Lors de cette revue, 15 bases de données documentaires informatisées dans le domaine de la santé et des sciences sociales ont été interrogées pour la période de 2000 à 2018, des sites Internet ont été consultés et les références bibliographiques des articles sélectionnés ont été examinées afin de découvrir d'autres textes scientifiques présentant un intérêt pour notre recherche. Le corpus étudié, totalisant 53 articles, nous a permis de cerner les manifestations et les contextes de la maltraitance envers les PPA.

Ainsi, nous avons constaté une forte polysémie autour du concept de maltraitance et de sa définition ainsi qu'une absence de consensus (Band-Winterstein, Avieli et Smeloy, 2016; Duxbury et al., 2013; Özcan, Boyacioğlu et Sertçelik, 2017). De plus, les auteurs

anglophones utilisent le plus souvent des termes comme « abus », « violence » ou « agressions ». Bien que ces auteurs fassent référence à ce que nous considérons comme des types de maltraitance physique, psychologique, verbale, sexuelle, financière – ou à de la négligence, ils ne la définissent pas toujours (Kageyama et al., 2015; Weerd et Paveza, 2006).

Les contextes de la maltraitance infligée aux PPA diffèrent. Il en est de même des types de maltraitements et de leurs conséquences. Il est également difficile d'interpréter les statistiques sur son ampleur, les études rapportant que de 6 à 81 % des PPA auraient fait face à de la maltraitance dans l'exercice de leurs fonctions (Chan, 2008; Cooper et al., 2010; Özcan et al., 2017; Vaddadi, Gilleard et Fryer, 2002). Cet écart ne permet pas de tirer de conclusion. Enfin, il semble qu'aucune étude n'ait encore répertorié l'ensemble des types de maltraitance vécue par les PPA. Leurs résultats doivent donc être interprétés avec précaution tout en considérant cependant que la maltraitance envers les PPA existe bel et bien.

La personne aidée maltraitante

La très grande majorité des études que nous avons recensées abordent la maltraitance infligée par certains types de personnes aidées. Ce constat ne nous permet pas toutefois de conclure que la maltraitance est uniquement infligée par ces types de personnes, mais plutôt qu'ils ont davantage été le sujet d'études.

Quatre portraits de personnes aidées maltraitantes ont été définis :

1. petits-enfants adolescents ou enfants adultes avec problèmes de dépendance, de troubles du comportement ou psychiatriques (Band-Winterstein et al., 2016; Chan, 2008);
2. conjoints ou parents atteints de troubles cognitifs (Duxbury et al., 2013; Weerd et Paveza, 2006);
3. conjoints ayant commis de la violence conjugale par le passé, celle-ci se poursuivant ou encore se réactivant dans le contexte du vieillissement du couple et du changement de rapport vers une relation aidant-aidé (Killick et al., 2014; Özcan et al., 2017);
4. parents ayant autrefois été maltraitants envers leurs enfants et qui le redeviennent dans le contexte où leurs enfants, maintenant adultes, sont devenus leur PPA (Kong, 2018; Pickering et al., 2015).

La maltraitance par le réseau

La maltraitance peut aussi provenir du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Elle se manifeste alors dans l'organisation des soins ou les structures du réseau. Cette forme de maltraitance est plus rare dans les écrits et ses enjeux ne sont pas clairement identifiés. Par ailleurs, un consensus émerge concernant son importance, ses causes et ses effets sur les PPA (Herron et Rosenberg, 2017, 2019; Herron et Wrathall, 2018; Lilly et al., 2012; Sothill et al., 2001).

Ainsi, les résultats de certaines de ces études mettent en évidence les conséquences des politiques inadéquates de soins à domicile, d'où une offre insuffisante de services qui impose et

alourdit le rôle de PPA (Herron et Rosenberg, 2019; Lilly et al., 2012). Paradoxalement, même si ce rôle est imposé aux PPA, les institutions ne leur offrent pas de soutien adéquat, ni à eux ni aux personnes aidées.

Certaines études mettent en lumière que 43 % des PPA ont des besoins auxquels le RSSS ne répond pas même s'ils sont nécessaires à l'accomplissement de leur rôle (Sothill et al., 2001). Conséquemment au manque de soutien disponible, les recherches montrent que le RSSS favorise l'isolement (Herron et Rosenberg, 2017; Herron et Wrathall, 2018) et l'épuisement des PPA (Lilly et al., 2012). Ce n'est qu'une fois exténuées qu'elles reçoivent une reconnaissance de leurs propres besoins de santé (Lilly et al., 2012).

Non seulement le soutien est-il insuffisant, mais, selon les auteurs, les réseaux de soins n'accordent que peu ou pas de place aux PPA dans les discussions concernant la situation et l'état de santé de leur proche aidé (Herron et Rosenberg, 2017).

MÉTHODOLOGIE

Notre recherche-action visait à sensibiliser, à informer et à mobiliser les communautés locales et régionales au sujet de la maltraitance envers les PPA en vue de favoriser leur bientraitance. Approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (Québec), elle est issue d'un partenariat entre des milieux communautaires et universitaires : Proche aidance Québec, Université Laval et Université de Sherbrooke.

La collecte de données et sa validation ont été menées dans le cadre de groupes de discussion, d'entrevues individuelles et de forums régionaux. Dix-huit groupes de discussion (n=18) ont été organisés, dont cinq composés de 43 (n=43) œuvrant dans le domaine de la proche aidance, issus surtout du milieu communautaire. Les 13 autres groupes ont rassemblé 95 PPA. Cent trente-huit personnes (n=138) ont donc été jointes au moyen de ces groupes de discussion, et ce, dans 11 des 17 régions administratives du Québec.

Les groupes de discussion se sont déroulés en trois parties :

- **une première** comportant une discussion sur les caractéristiques de la maltraitance envers les PPA et sur les raisons du silence autour de ce sujet ;
- **une deuxième** portant sur les moyens de sensibiliser et de prévenir la maltraitance envers les PPA ;
- **une troisième** abordant la bientraitance, plus particulièrement sa définition et les moyens de la favoriser.

De plus, 15 (n=15) entrevues individuelles semi-dirigées auprès de PPA maltraitées ont été réalisées. Les questions portaient sur la maltraitance vécue, soit physique, psychologique, financière, sexuelle ou la violation de leurs droits. Ces entrevues ont permis de documenter en profondeur la maltraitance envers les PPA, une première au Québec.

Cette recherche-action a conduit à la co-construction d'une boîte à outils intitulée La bientraitance des personnes proches aidantes : une responsabilité partagée! Trois forums régionaux composés de PPA et 280 intervenants (n=280) ont servi à valider l'analyse des résultats obtenus lors des entrevues et avec des groupes de discussion, de même que la boîte à outils.

Leader des soins de longue durée au Québec

13 centres répartis sur 9 régions administratives.

Cell. 514-805-4571
vbelisle.champlain@ssss.gouv.qc.ca
Groupechamplain.qc.ca

Nous recrutons

- Assistant(e) du supérieur immédiat
- Poste d'encadrement

À titre d'établissement privé-conventionné, nos employé(e)s bénéficient des mêmes avantages que ceux du réseau public.



Ils ont eu lieu à Lévis, à Trois-Rivières et à Laval.

Au total, 433 PPA et personnes intervenantes (n=433) ont été consultées dans le cadre de notre recherche-action. Les données recueillies ont été analysées en utilisant la méthode de contenu qui consiste à codifier et à classer les divers éléments du matériel obtenu afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs significations (L'Écuyer, 1990).

Même si la participation aux groupes de discussion n'était pas réservée uniquement aux personnes ayant vécu de la maltraitance, nous avons été surprises de constater que plusieurs PPA parlaient de leur propre expérience de maltraitance ou de celle vécue par des connaissances. Un certain nombre d'intervenants, parfois eux-mêmes des PPA, ont aussi rapporté avoir côtoyé régulièrement des PPA victimes de maltraitance.

Ces témoignages ne sont donc pas anecdotiques ou ne reflètent pas de simples opinions sur le sujet. Ils relèvent de réflexions alimentées par des expériences personnelles ou professionnelles récentes, concernant la maltraitance envers les PPA (Éthier et al., 2020b).

PROVENANCE DE LA MALTRAITEMENT

À l'instar de ce qui est documenté dans les écrits, les participants à notre recherche ont rapporté avoir subi de la maltraitance de la part de la personne aidée ou en avoir été témoins. Or, leurs témoignages

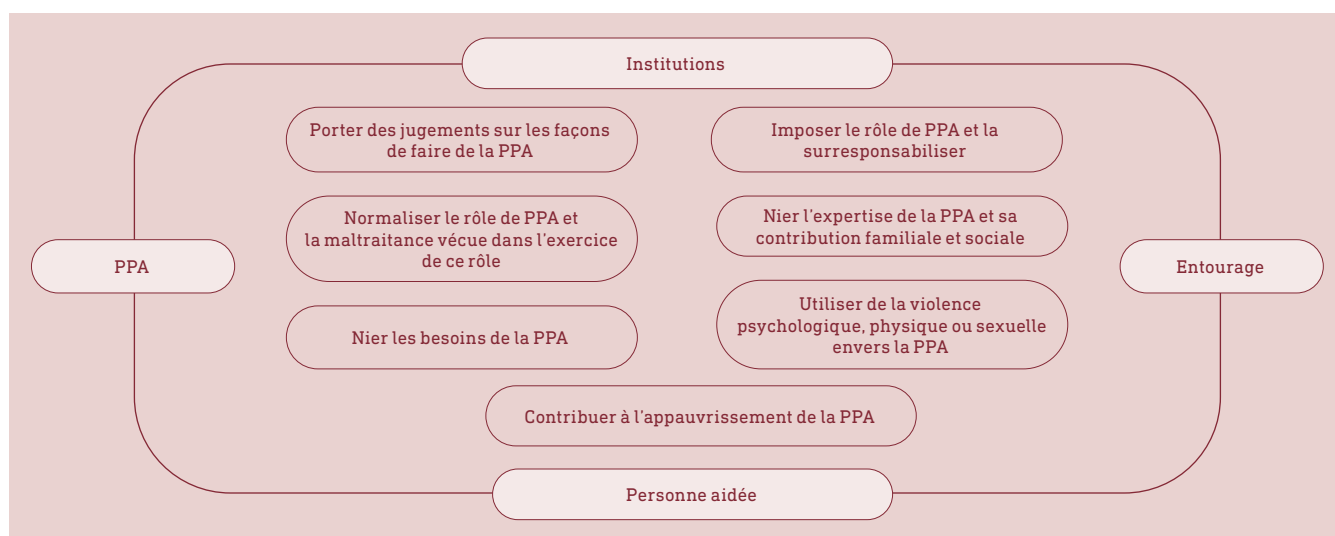
nous ont clairement et rapidement révélé que la maltraitance envers les PPA se manifeste de diverses autres façons, et ce, souvent insidieusement.

En effet, les actes, les paroles ou l'absence d'action, qualifiés de maltraitants envers les PPA, proviennent de leur entourage, des institutions, principalement des personnes intervenantes et des professionnelles de la santé et des services sociaux – y compris toutes les catégories de professionnels et paraprofessionnels du secteur de la santé et des services sociaux qui travaillent avec les PPA –, de la personne aidée et, également, de la PPA sous forme de négligence envers elle-même.

Peu importe la source de la maltraitance envers les PPA, ses manifestations peuvent être regroupées en sept catégories (**Figure 1**) :

1. Imposer un rôle de PPA à une personne et la surresponsabiliser.
2. Porter des jugements sur les façons de faire d'une PPA.
3. Normaliser le rôle de PPA et la maltraitance vécue dans l'exercice de ce rôle.
4. Nier l'expertise d'une PPA et sa contribution familiale et sociale.
5. Nier les besoins d'une PPA.
6. Utiliser de la violence psychologique, physique ou sexuelle envers une PPA.
7. Contribuer à l'appauvrissement d'une PPA.

Figure 1
MANIFESTATIONS ET SOURCES DE LA MALTRAITEMENT ENVERS LES PPA



Des témoignages

Nier l'expertise de la PPA

Alors que l'on compte sur la contribution des PPA pour pallier le manque de ressources, paradoxalement, on ne reconnaît pas leur expertise, leurs compétences et leurs capacités à comprendre et à gérer les situations. Par exemple, le professionnel de la santé qui ne divulgue pas le diagnostic de la personne aidée à la PPA ne l'informe pas de son état de santé, ne lui fournit pas d'indications sur la médication à lui administrer ou encore lui transmet de l'information erronée. Les intervenants doutent fréquemment ou même ignorent les observations transmises par la PPA. Il n'est pas étonnant qu'elle se sente eseuillée et non considérée.

La PPA peut certes être exclue de certaines décisions tel un changement de médication. Mais elle devrait être informée de l'évolution de la situation de la personne aidée et l'accompagner, surtout si elle est atteinte de troubles cognitifs ou de troubles de langage. Ne pas tenir compte des commentaires de la PPA est une déniation de son expertise.



« Moi, ce que je voyais, c'est que plus j'avancais, plus on me tassait et plus on médicamentait ma mère pour qu'elle soit tranquille. Elle n'est pas tannante, elle n'est pas agressive. La preuve : "Elle ne prend plus rien et ça va bien." Je leur disais : "Si vous l'occupez, ça va bien se passer." Et, je leur donnais des idées pour l'occuper. On est là, la famille, on est très présents pour aider. Je ne suis pas seule là-dedans. Parfois, ils avaient des difficultés à faire telle chose et quand je l'essayais, ça se passait bien. Je leur disais : "Quand je le fais de cette façon, ça va bien." Je ne les menaçais pas, mais pour eux, c'était dérangeant. »

PPA 12

Autre cas : un professionnel qui demande à la PPA de sortir du bureau pendant une consultation avec la personne aidée. Lorsque la PPA pose ensuite des questions, les intervenants lui répondent que cette information a déjà été transmise à la personne aidée. L'attitude de plusieurs professionnels, leurs soupis à l'arrivée des PPA ou leurs commentaires : « Que faites-vous ici ? », montrent que les PPA sont souvent exclues des décisions et que leur implication n'est pas toujours souhaitée.

Les intervenants ne tiennent pas toujours compte des plaintes formulées par les PPA parce qu'ils n'accordent pas d'importance à leur propos. Cette attitude est associée à de l'indifférence à leur égard par plusieurs PPA.



« Première chose, c'est de ne pas être écoutée quand vous parlez de symptômes. Ne pas être entendue par le médecin de famille ou un intervenant. Normalement, c'est censé être un échange. Et quand vous répondez, on ne vous entend pas, on passe à un autre sujet. Donc, il faut revenir au sujet précédent et il faut batailler. »

PPA 13

Nier les besoins des personnes proches aidantes

Selon les participants, les besoins des PPA ne sont pas évalués formellement par le RSSS. Les services qui leur sont offerts ne tiennent pas compte de leurs besoins particuliers. Ils visent d'abord à soutenir la personne aidée et, subsequmment, à offrir du répit aux PPA pour qu'ils continuent à assumer leur rôle le plus longtemps possible.



« Elle me traitait sans aucun égard. Tout était axé sur la personne malade. On se fichait carrément de ce que le rôle de PPA impliquait en périphérie. »

PPA 4

Les besoins de la PPA sont subordonnés à ceux de la personne aidée. Ainsi, on respectera la volonté de mourir à domicile de la personne aidée même si la PPA n'a pas été

consultée et est dépassée par les charges émotive et physique que lui impose cette décision.



« J'ai un exemple dans ma famille. Le gouvernement cherche à garder le plus longtemps possible la personne aidée à la maison même si ça dépasse les capacités de la PPA. On ne le perçoit pas nécessairement. La PPA finit par tomber malade. Je parle ici d'un cas de fin de vie. On a un chemin à faire pour pallier les besoins de la PPA plutôt que de s'en servir comme outil. »

Groupe PPA 11

Les règles d'accès aux services sont appliquées à la lettre sans tenir compte des besoins des PPA. Par exemple, une intervention chirurgicale à 140 km du domicile de la personne aidée. Or, la PPA devra conduire, payer les coûts de l'essence et jongler avec le temps pour voyager. Là encore, on constate un décalage entre les besoins de l'aidant et le fonctionnement du système. Les PPA sont ainsi ignorées jusqu'à ce qu'elles soient surmenées et le système ne reconnaît leurs besoins en matière de santé qu'après leur épuisement.



« Je n'ai reçu l'aide de personne. On n'a d'aide de nulle part. Il aurait fallu qu'il me touche ou qu'il m'arrive quelque chose pour qu'ils m'aident. »

Groupe PPA 10

DISCUSSION

Être une PPA comporte un risque de maltraitance qui provient des institutions, de l'entourage, de la personne aidée ou de la négligence de la PPA envers elle-même. Si l'on veut préserver l'importante contribution des PPA aux milieux de soins, il est essentiel d'accorder de l'attention à leurs besoins et de prévenir les situations de maltraitance.

À l'instar des moyens de prévention et de sensibilisation répertoriés dans plusieurs écrits recensés, les personnes participant à notre recherche ont également réitéré l'importance de sensibiliser les professionnels de la santé et des services sociaux et de leur offrir des formations sur la problématique de la maltraitance envers les PPA (Herron et Rosenberg, 2017; Kageyama et al., 2015; Özcan et al., 2017).

Nombre de résultats de notre recherche-action appuient ceux des recherches recensées. Ils offrent des descriptions similaires de la provenance de la maltraitance envers les PPA infligée par la personne aidée (Band-Winterstein et al., 2016; Chan, 2008; Duxbury et al., 2013; Killick et al., 2014; Kong, 2018; Özcan et al., 2017; Pickering et al., 2015; Weerd et Paveza, 2006) ainsi que par le RSSS (Herron et Rosenberg, 2017, 2019; Herron et Wrathall, 2018; Lilly et al., 2012; Soothill et al., 2001).

Par ailleurs, une autre forme de maltraitance propre à la proche aidance ressort de nos résultats sans pour autant avoir été abordée dans les écrits consultés. Il s'agit de celle perpétrée par les membres de l'entourage de la PPA, composé principalement de la famille et parfois des amis ou des voisins.

VALORISER LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

Les infirmières peuvent tenir un grand rôle dans le développement d'une culture de bientraitance envers les PPA. Que ce soit dans les milieux hospitaliers, d'hébergement ou encore dans le contexte de soins à domicile, le personnel soignant a l'occasion de reconnaître l'expertise des PPA, de travailler en partenariat avec elles et de s'intéresser à leurs réalités.

L'évaluation du milieu de vie de la personne aidée s'avère une occasion d'identifier les PPA et de se renseigner sur leurs besoins, leurs disponibilités et la présence d'aide et de soutien dans leur entourage. L'affiche proposée dans notre boîte à outils peut être un support visuel précieux pour animer ce genre d'intervention.

L'infirmière peut facilement inclure la PPA dans les discussions concernant l'état de santé de la personne aidée. Cet échange permet non seulement à la PPA de comprendre

l'évolution probable de la situation, mais également d'assurer aux intervenants que les services mis en place sont cohérents, pertinents et utiles.

Cette discussion est aussi un moment opportun pour déterminer les besoins de la PPA, tant concernant sa santé que ses capacités. Les démarches pour accéder à des ressources pertinentes peuvent alors s'amorcer et même accorder à la PPA des possibilités de répit.

LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Cette recherche-action comporte des limites et des forces dont il faut tenir compte lors de l'interprétation des résultats. La première limite concerne notre échantillon composé en grande majorité de femmes. Ensuite, 11 régions administratives du Québec sur 17 sont représentées. Il est donc possible que la maltraitance soit vécue différemment dans certains milieux éloignés.

Une autre limite concerne la portée de notre recherche et son objectif. Ainsi, notre recherche-action ouvre la voie à des recherches plus descriptives qui contribueraient à mieux comprendre comment se développe et se vit au quotidien cette maltraitance. Notre étude incite également à poursuivre des recherches explicatives pour reconnaître les conditions sous-jacentes à l'apparition de cette maltraitance et en mesurer les effets.

En dépit de ses limites, cette recherche comporte de grandes forces. La principale est sans conteste la mise en lumière d'un phénomène peu documenté en fournissant des données originales et concrètes. Les provenances et manifestations de la maltraitance ainsi que sa définition sont uniques. En outre, les outils créés alimentent déjà les milieux de pratiques.

Sa seconde force est d'avoir été développée dans le contexte d'une recherche-action. La méthodologie employée au moyen de consultations veille à ce que ses résultats proviennent d'une co-construction avec des PPA et des personnes intervenantes. L'appropriation des outils créés s'opère donc tout naturellement dans les milieux de pratiques.

EN CONCLUSION

Tenir compte de l'expertise et des besoins des PPA est essentiel afin d'améliorer la qualité des soins et des services offerts par le RSSS. La collaboration des employés de la santé et des services sociaux, dont les infirmières, est cruciale pour reconnaître la contribution et les besoins des PPA. La recherche-action que nous avons menée et la boîte à outils qui en découle proposent des pistes de discussion afin de sensibiliser le RSSS aux problèmes vécus par les PPA. Nous espérons que de futures recherches permettront d'approfondir nos connaissances sur les réalités de ces partenaires importants du RSSS. •



PRATIQUE CLINIQUE : LA BOÎTE À OUTILS

Conçue dans le cadre de notre recherche, la boîte à outils permet d'échanger dans un climat de confiance. Elle vise à prévenir la maltraitance envers les PPA en faisant la promotion d'attitudes et de comportements positifs et respectueux à leur égard, lesquels s'inscrivent dans une approche de bientraitance et de partenariat.

Partenariat

L'approche de partenariat comme base du développement de services de santé et des services sociaux est depuis longtemps reconnue et maintes fois réitérée par la communauté scientifique (Biro, Dervaux et Pegon, 2005; Demgnia, Kern et Michel, 2012; Ducharme, 2007).

En 2018, le Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux précisait les balises au sein desquelles devait s'actualiser l'approche de partenariat (MSSS, 2018). Plus récemment, l'axe 3 de la Politique nationale pour les PPA met l'accent sur le développement de services de santé et des services sociaux dédiés aux PPA dans une approche basée sur le partenariat (MSSS, 2021b).

Contenu pratique

Face à l'étendue de la maltraitance telle que dévoilée par notre recherche-action, la boîte à outils est conçue pour favoriser les discussions entre les intervenants et les PPA. Elle servira aussi à guider l'organisation d'ateliers de sensibilisation à la bientraitance destinés à tous les publics.

La boîte à outils comprend une affiche, un guide d'animation, trois dépliants et des présentations PowerPoint narrées.

Le guide d'animation et les trois dépliants complètent l'affiche. Les dépliants proposent des définitions de la maltraitance et de la bientraitance, et communiquent des informations et des exemples extraits de notre collecte de données. Un premier dépliant s'adresse aux PPA, le deuxième, aux personnes intervenantes et aux professionnelles de la santé et le troisième, à l'entourage ou à la personne aidée.

Les présentations PowerPoint accompagnent également l'affiche. Elles peuvent servir aux intervenants lors d'ateliers rassemblant des PPA ou encore pour sensibiliser un public plus large lors de conférences ou de formations.

La boîte à outils est disponible sur le site Internet de Proche aide Québec. Les infirmières peuvent s'en approprier le contenu comme moyen de sensibilisation dans leur pratique.

Une affiche qui parle

L'affiche s'intitule La bientraitance envers les personnes proches aidantes : une responsabilité partagée. Elle associe la proche aidance à un parcours au cours duquel la maltraitance peut survenir. Plus ou moins long, plus ou moins intense, ce parcours peut se transformer en marathon, en sprint, en course à obstacles ou à relais, et parfois en longue marche.

Le chemin au centre représente le chemin officiel de la proche aidance, celui « tout tracé » sur lequel s'engagent toutes les PPA. Tout au long du parcours se trouvent des intervenants, des membres de l'entourage, des personnes aidées, des PPA vivant des situations de maltraitance et des acteurs d'une promotion de la bientraitance envers les PPA (Figure 2).



La FIQ, mobilisée pour défendre vos conditions de travail

Infirmières | Infirmières auxiliaires |
Inhalothérapeutes | Perfusionnistes cliniques



Figure 2
AFFICHE DE LA BOÎTE À OUTILS



Source : Éthier et al., 2020b. Cette affiche est reproduite avec la permission de Sophie Éthier.

Les PPA

Sur l'affiche, les PPA portent des dossards numérotés. Elles sont dans des situations qui suscitent la discussion.

La PPA portant le dossard n° 1 sort du CLSC. Elle court et tente avec difficulté de reprendre la route principale, épuisée et écrasée par le poids des informations reçues. L'homme n° 2 semble désespéré, seul au centre du chemin. Il représente un proche propulsé subitement dans le rôle de PPA, sans préparation, ne comprenant ni sa situation ni la route à suivre. D'ailleurs, il va à contresens du chemin officiel.

La PPA n° 3 appartient à la génération « sandwich », prise entre son travail, les soins à donner à son enfant et ceux à prodiguer à sa mère. Elle se dirige vers un cul-de-sac représentant la difficile conciliation de ses rôles. La PPA n° 4 est exclue de la discussion entre les professionnels de la santé et la personne aidée. A-t-elle des problèmes d'audition, intellectuels ou cognitifs ou bien est-elle ignorée parce qu'elle est une amie de la personne aidée et non un membre de sa famille?

Quant au couple de personnes âgées portant les dossards n° 5 et 6, il est difficile de distinguer la PPA de la personne aidée, leur rôle s'interchangeant selon les circonstances. La femme traîne un lourd bagage, tandis que l'homme

semble maugréer. Maltraitance ou colère? À leur côté, un jeune proche aidant portant le dossard n° 7 pousse le fauteuil roulant de sa grand-mère, tous les deux ayant une mine enthousiaste. Se dirigent-ils vers les obstacles parsemés sur leur route ou vers les ressources d'aide offertes?

Les intervenants

L'affiche accorde plusieurs rôles aux intervenants. Dans la situation 1, l'intervenante veut aider la PPA, trop même puisqu'elle l'accable de dépliants et de documents d'informations sans tenir compte de la fatigue et du peu de disponibilité de la PPA.

Deux autres intervenants, en bas à droite de l'affiche, soutiennent et encouragent la PPA en lui offrant de l'eau. L'un d'eux est plus avenant alors que l'autre attend passivement qu'on lui demande de l'aide. Une halte de repos se trouve près d'eux, mais est-elle facile d'accès?

La famille et les amis

L'affiche présente aussi, en haut à droite, des membres de la famille ou des amis qui encouragent une PPA dans son parcours en lui offrant des fleurs et en lui prodiguant des marques d'amour. D'autres proches, assis sur un banc au centre gauche de l'affiche, émettent des commentaires et observent les PPA sans toutefois intervenir. Cette scène laisse place à plusieurs interprétations lors des échanges avec les PPA quant à l'ingérence ou l'indifférence familiale.

Enfin, plusieurs symboles dans cette affiche peuvent aussi susciter des discussions : un arrêt, une signalisation indiquant des ressources d'aide pointant dans différentes directions, un trou, des obstacles...

Se confier

Se confier à un intervenant peut en soi procurer un énorme soulagement à une PPA subissant une forme de maltraitance. Sans prétendre que l'exercice mettra fin à sa situation, il peut néanmoins lui apporter le réconfort de ne plus être seule. La boîte à outils offre à l'infirmière une occasion de procurer ce réconfort aux PPA en situation de maltraitance tout en contribuant à une sensibilisation plus large à la bientraitance envers les PPA.

LES AUTEURES

ANNA ANDRIANOVA

M. Serv. soc.

Coordonnatrice du domaine d'expertise en proche aidance au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), Direction des affaires académiques du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

SOPHIE ÉTHIER

Ph. D.

Professeure titulaire à l'École de travail social et de criminologie de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval, chercheuse régulière à VITAM - Centre de recherche en santé durable, au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), à l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés (IVPSA), au Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV) et au Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES).

MARIE BEAULIEU

Ph. D.

Professeure titulaire à l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke et titulaire de la Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes âgées au Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

MÉLANIE PERROUX

M. Sc.

Directrice générale de Proche aidance Québec (2017-2022) (anciennement le Regroupement des aidants naturels du Québec) qui regroupe plus de 120 organismes de soutien aux personnes proches aidantes dans tout le Québec.

FRANCE BOISCLAIR

Directrice générale de l'Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA) et présidente de Proche aidance Québec.

CHRISTIANE GUILBEAULT

Coordonnatrice générale du Regroupement des aidants naturels de la Mauricie.



Vous aussi, vous aimez les voir sourire?

Contribuez à construire leur milieu de vie de demain... humain, respectueux et sain.

1

Visitez la section sur lavalensante.com/carrieres

2

Joignez-vous à notre équipe dès maintenant.




Soins infirmiers

centres d'hébergement de Laval

RÉFÉRENCES

- Arriagada, P. (2020). «L'expérience et les besoins des aidants âgés au Canada». Statistique Canada. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2020001/article/00007-fra.pdf?ts=AzoWuoR5>
- Band-Winterstein, T., Avieli, H. et Smoley, Y. (2016). «Harmed? Harmful? Experiencing abusive adult children with mental disorder over the life course». *Journal of Interpersonal Violence*, 31(15), 2598-2621. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0886260515579505>
- Birou, P., Dervaux, M.P. et Pegon, M. (2005). «Le modèle de McGill». *Recherche en soins infirmiers*, (80), 28-38. Repéré à <https://doi.org/10.3917/rsi.080.0028>
- Chan, B.W.-Y. (2008). «Violence against caregivers by relatives with schizophrenia». *International Journal of Forensic Mental Health*, 7(1), 65-81. Repéré à <https://doi.org/10.1080/14999013.2008.9914404>
- Conseil du statut de la femme. (2018). «Les proches aidantes et les proches aidants au Québec – Analyse différenciée selon les sexes». Québec: Conseil du statut de la femme. Repéré à https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/por_proches_aidants20180419_web.pdf
- Cooper, C., Selwood, A., Blanchard, M. et Livingston, G. (2010). «Abusive behaviour experienced by family carers from people with dementia: The CARD (Caring for Relatives with Dementia) study». *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 81(6), 592-596. Repéré à <https://doi.org/10.1136/jnnp.2009.190934>
- Demgna, J., Kern, A. et Michel, J. (2012). «Les mécanismes influençant le bien-être d'un aidant s'occupant à domicile d'un proche atteint de démence type Alzheimer sont-ils identifiés et correctement exploités?» [Travail de bachelior]. Lausanne, Suisse: Haute École Cantonale Vaudoise de la Santé – Filière Soins infirmiers. Repéré à https://doc.rero.ch/record/28514/files/HECVSante_TB_Demgna_2011.pdf
- Ducharme, F. (2007). «Famille et vieillissement – Enjeux et défis pour soignants professionnels et proches-aidants». *Perspective infirmière*, 4(6), 11-16. Repéré à https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Perspective/vol4no6/p11_16.pdf
- Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. et Sykes, S. (2013). «Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: A qualitative study». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(9), 792-800. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jpm.12018>
- Éthier, S., Beaulieu, M., Perroux, M., Andrianova, A., Fortier, M., ... Guay, M.-C. (2020a). «Favoriser la bientraitance pour que proche aidant ne rime plus avec maltraitance». *Intervention*, 151, 33-46.
- Éthier, S., Andrianova, A., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F., ... Fortier, M. (2020b). «La maltraitance envers les personnes âgées proches aidantes (PAPA) et les personnes proches aidantes d'adultes (PPAA): reconnaître, sensibiliser et prévenir» [Rapport de recherche]. Québec: Université Laval et Proche aidant Québec. Repéré à <https://procheaidant.quebec/wp-content/uploads/2022/08/Rapport-de-recherche-bientraitance.pdf>
- Éthier, S., Perroux, M., Beaulieu, M., Andrianova, A., Boisclair, F. et Guilbeault, C. (2021). «La maltraitance envers les personnes âgées proches aidantes (PAPA) et les personnes proches aidantes d'adultes (PPAA): un angle mort de la lutte contre la maltraitance envers les aînés» [Mémoire présenté dans le cadre de la consultation pour le renouvellement du Plan d'action de lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027]. Québec: Université Laval. Repéré à https://maltraitancedesaines.com/wp-content/uploads/2021/03/2021_Memoire_PAM3_Ethier-Beaulieu.pdf
- Éthier, S., Andrianova, A., Beaulieu, M., Perroux, M., Boisclair, F. et Guilbeault, C. (2022). «En contexte de proche aidant, la personne maltraitée n'est pas toujours celle que l'on pense». *Gérontologie et Société*, 44(169), 1-12.
- Grant, M.J. et Booth, A. (2009). «A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies». *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.
- Herron, R.V. et Rosenberg, M.W. (2017). «Responding to aggression and reactive behaviours in the home». *Dementia*, 18(4), 1328-1340. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1471301217699676>
- Herron, R.V. et Rosenberg, M.W. (2019). «Dementia in rural settings: Examining the experiences of former partners in care». *Ageing & Society*, 39(2), 340-357. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000952>
- Herron, R.V. et Wrathall, M.A. (2018). «Putting responsive behaviours in place: Examining how formal and informal carers understand the actions of people with dementia». *Social Science & Medicine*, 204, 9-15. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.017>
- Kageyama, M., Yokoyama, K., Nagata, S., Kita, S., Nakamura, Y., ... Solomon, P. (2015). «Rate of family violence among patients with schizophrenia in Japan». *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(6), 652-660. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1010539515595069>
- Killick, C., Taylor, B.J., Begley, E., Carter Anand, J. et O'Brien, M. (2014). «Older people's conceptualization of abuse: A systematic review». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(2), 100-120. Repéré à <https://doi.org/10.1080/08946566.2014.997374>
- Kong, J. (2018). «Effect of caring for an abusive parent on mental health: The mediating role of self-esteem». *The Gerontologist*, 58(3), 456-466. Repéré à <https://doi.org/10.1093/geront/gnx053>
- L'Appui pour les proches aidants d'adultes. (2016). «Portrait démographique des proches aidants d'adultes au Québec». Repéré à https://www.lappui.org/documents/58/Portrait_d%C3%A9mographique_des_proches_aidants_da%C3%AEn%C3%A9s_au_Qu%C3%A9bec_FAITS_SAILLANTS.pdf
- L'Écuyer, R. (1990). «Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi». Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lilly, M.B., Robinson, C.A., Holtzman, S. et Bottorff, J.L. (2012). «Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada». *Health and Social Care in the Community*, 20(1), 103-112. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01025.x>
- «Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes», c. R-1.1. Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-1.1#undefined>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). «Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021a). «Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes (2021-2026) – Reconnaître pour mieux soutenir». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021b). «Politique nationale pour les personnes proches aidantes – Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003000/>
- Özcan, N.K., Boyacıoğlu, N.E. et Sertçelik, E. (2017). «Reciprocal abuse: Elder neglect and abuse by primary caregivers and caregiver burden and abuse in Turkey». *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(2), 177-182. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.011>
- Pickering, C.E.Z., Mentes, J.C., Moon, A., Pieters, H.C. et Phillips, L.R. (2015). «Adult daughters' descriptions of their mother-daughter relationship in the context of chronic conflict». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 27(4-5), 356-376. Repéré à <https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1093987>
- Soothill, K., Morris, S.M., Harman, J.C., Francis, B., Thomas, C. et McMurray, M.B. (2001). «Informal carers of cancer patients: What are their unmet psychosocial needs?». *Health and Social Care in the Community*, 9(6), 464-475. Repéré à <https://doi.org/10.1046/j.0966-0410.2001.00326.x>
- Vaddadi, K.S., Gilleard, C. et Fryer, H. (2002). «Abuse of carers by relatives with severe mental illness». *International Journal of Social Psychiatry*, 48(2), 149-155.
- Weerd, C.V. et Paveza, G.J. (2006). «Verbal mistreatment in older adults: A look at persons with Alzheimer's disease and their caregivers in the state of Florida». *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(4), 11-30. Repéré à https://doi.org/10.1300/J084v17n04_02

Le CHSLD

Saint-Lambert sur-le-Golf

Recrute!

Infirmier(ière)s

avec possibilité d'avancement

Coordinatrice, chef d'unité ...




Une entreprise familiale d'ici

Avantages :

- > Horaire stable, conciliation travail-vie personnelle
- > Repas complet offert pour tous vos quarts de travail
- > Remboursement d'uniforme
- > Programmes de récompenses monétaires, 200\$ à 1500\$/référence
- > 1^{er} partenariat public-privé (PPP) d'envergure en santé
- > Lauréat Sociétés les mieux gérées au Canada 2022
- > Entraide et disponibilité de vos collègues et supérieurs
- > Ambiance familiale chaleureuse
- > 206 résidents chouchoutés avec amour

Joignez la famille !

450 672-3975

chsl_d_rh@residencessoleil.ca
555, ch. Tiffin, Saint-Lambert

Stationnement gratuit et transport en commun direct, à la porte depuis métro Longueuil

>>>

Scannez et consultez nos offres d'emploi





À l'École des sciences infirmières, on accorde de la place à l'humain dans les soins.

Du baccalauréat au doctorat, trouvez la formation qui vous convient.

USherbrooke.ca/carriere-infirmiere

UDS
Université de
Sherbrooke

CONGRÈS **OIIQ** 2022



NOUVEAU CALENDRIER POUR LE CONGRÈS OIIQ

Dorénavant, le Congrès aura lieu tous les deux ans.

Prochain Congrès OIIQ : automne 2024.

Il n'y aura donc pas d'appel de communications en 2023.

Formation infirmière praticienne spécialisée (IPS) à McGill

Enrichissez votre pratique professionnelle!

Choisissez la seule école de sciences infirmières au Québec à offrir toutes les spécialités IPS : soins de première ligne, soins aux adultes, santé mentale, néonatalogie et soins pédiatriques.

La langue d'enseignement à McGill est l'anglais, mais les travaux et examens peuvent être réalisés en français.

Date limite de demande d'admission : 1^{er} février 2023
mcgill.ca/x/37X



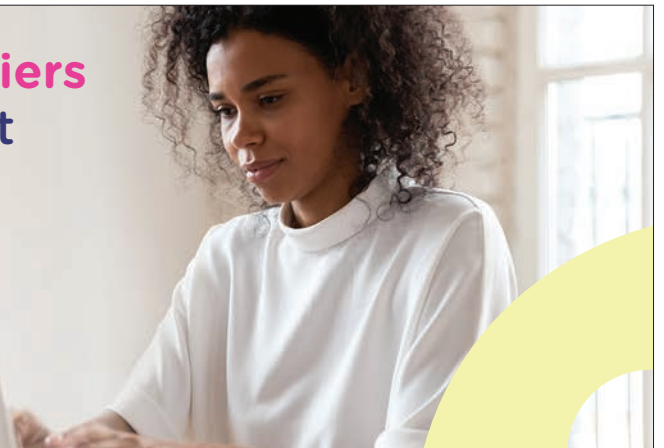
McGill

École des sciences
infirmières Ingram



Des emplois infirmiers disponibles partout au Québec

oiiq.org/offres-emploi



À PROPOS DE *l'hypertension* *artérielle*

par GISEÈLE BOURBONNAIS, inf.,
B. Sc., CISSS de la Montérégie-Ouest

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie silencieuse qui, à plus ou moins long terme, peut affecter le cœur, le cerveau, les artères, les yeux, les reins. Un adulte sur cinq a reçu un diagnostic d'HTA au Canada et cette proportion atteint un adulte sur deux chez les plus de 60 ans.

Plusieurs avancées ont permis de mieux contrôler la maladie au fil des années, mais les efforts doivent continuer. Les infirmières, du fait de leur expertise et de leur présence dans tous les milieux de soins, contribuent largement au dépistage, à la prévention et au traitement de cette affection.



POUR EN SAVOIR PLUS

Vous souhaitez en apprendre davantage sur l'hypertension artérielle? Suivez la formation en salle ou à distance « Hypertension artérielle : la contribution infirmière pour la prévention et le traitement » à oiiq.org/hypertension-arterielle

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. Pour mesurer la pression artérielle (PA) en clinique, il est préférable d'utiliser un appareil oscillométrique (électronique) plutôt qu'un appareil auscultatoire (manuel).

Réponse :  **Vrai**

Depuis 2015, Hypertension Canada ne recommande plus la méthode auscultatoire faite à l'aide d'un appareil anéroïde et d'un stéthoscope, car les biais liés à la technique sont trop importants : haute variabilité intra-individu, dégonflement trop rapide du brassard, tendance à « arrondir » le résultat à 0 ou à 5, appareil non calibré, problème d'audition chez le professionnel, etc. La méthode auscultatoire peut cependant être utilisée si un appareil oscillométrique est indisponible. Il est alors recommandé de mesurer la PA à trois reprises et de retenir les deux dernières mesures.

Cependant, quelle que soit la méthode utilisée, une technique standardisée doit être appliquée, car une mesure effectuée de manière non optimale peut avoir pour résultat d'augmenter faussement les valeurs de la PA, menant parfois à un traitement médicamenteux non requis dans les faits.

Pour effectuer une mesure standardisée, il faut réunir ces conditions :

- ne pas avoir consommé de tabac, de café ou de chocolat 60 minutes avant la mesure;
- ne pas avoir envie d'uriner ou d'aller à la selle;
- ne pas avoir fait d'exercices 30 minutes avant la mesure;
- être en position assise;
- avoir le dos appuyé;
- avoir le bras dégagé et soutenu;
- utiliser un brassard de taille appropriée au bras;
- placer le milieu du brassard à la hauteur du cœur;
- décroiser les jambes et poser les pieds à plat au sol;
- attendre 5 minutes avant la première mesure;
- ne pas parler ni bouger avant et durant les mesures.

(Boulianne, 2022; Hypertension Canada, 2020a, 2020b; Poirier et Rhéaume, 2022)

02. En utilisant la méthode standardisée en clinique, il est possible de dépister l'HTA de sarrau blanc et l'HTA masquée.

Réponse :  **Faux**

L'HTA de sarrau blanc est une PA élevée en clinique, mais normale à domicile, tandis que l'HTA masquée est une PA normale en clinique, mais élevée à domicile.

Pour les détecter, la PA doit donc être mesurée hors clinique. Deux méthodes sont alors possibles : la mesure de la pression artérielle à domicile (MPAD) faite par le patient lui-même et la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) faite à l'aide d'un appareil de mesure automatisé utilisant l'oscillométrie que le patient porte sur lui en permanence et qui mesure la PA toutes les 20 à 30 min pendant 24 h.

L'HTA masquée représente un plus grand risque de maladies cardiovasculaires (MCV) que l'HTA de sarrau blanc, d'où l'importance de la dépister (Boulianne, 2022; Hypertension Canada, 2020b).

03. En présence d'un bras conique ou disproportionné empêchant l'utilisation d'un brassard conventionnel, il est recommandé d'utiliser un appareil validé pour le poignet.

Réponse :  **Vrai**

Certaines personnes ont une morphologie de bras qui représente un défi pour la mesure de la PA. Des brassards extralarges ou tronconiques sont offerts sur le marché, mais rarement disponibles. Pour cette raison, il est recommandé de mesurer la PA au poignet à l'aide d'un appareil validé pour ce type de mesure. Si un appareil spécifique pour le poignet est indisponible, un brassard de taille appropriée peut être utilisé sur l'avant-bras. Toutefois, ce type de mesure a tendance à surestimer la PA.

Il est important de se rappeler que dans tous les cas, le site (ex. le poignet) doit être maintenu au niveau du cœur durant la mesure (Boulianne, 2022; Hypertension Canada, 2020b).

04. Le seuil de la PA pour débiter la médication antihypertensive peut différer selon le degré de risque de la personne. On peut cependant affirmer qu'une personne présentant une PA systolique ≥ 140 mm Hg ou une PA diastolique ≥ 90 mm Hg devrait se voir offrir un traitement médicamenteux.

Réponse :  **Faux**

Cette affirmation est véridique pour la personne de risque modéré à élevé de MCV. Les seuils sont même inférieurs pour la personne diabétique, entre autres. Cependant, selon Hypertension Canada, le seuil de début d'un traitement pharmacologique pour une personne dite à risque faible, c'est-à-dire sans lésions aux organes cibles (LOC) ou risques de MCV, est une PA systolique ≥ 160 mm Hg ou une PA diastolique ≥ 100 mm Hg.

Des modifications aux habitudes de vie (MHV) doivent cependant être proposées. Le contrôle et le maintien du poids, une alimentation saine basée sur le *Guide alimentaire canadien* (GAC) ou le régime DASH, un apport en sodium limité à 2000 mg/jour, la pratique d'activité physique régulière, la cessation tabagique, la limitation ou la cessation de consommation d'alcool ainsi que l'utilisation de techniques de gestion du stress peuvent contribuer à diminuer la PA de 4 à 8 %, et ce, sans effet indésirable pour la personne. Les MHV doivent d'ailleurs être poursuivies et encouragées même en présence d'un traitement pharmacologique.

En plus de fournir de nombreuses informations utiles pour la prévention, le dépistage et le traitement de l'HTA, la Société québécoise d'hypertension artérielle (SQHA) a élaboré plusieurs dépliants pour aider la personne à atteindre ses objectifs. Ils sont offerts gratuitement sur son site Internet (Boulianne, 2022; Hypertension Canada, 2020b; Poirier et Rhéaume, 2020).

05. Contrairement à d'autres types d'agents pharmacologiques, les médicaments antihypertenseurs présentent peu d'effets indésirables et sont bien tolérés par la clientèle.

Réponse :  **Faux**

Les agents antihypertenseurs, quelle que soit leur classe, peuvent engendrer des effets indésirables. Qu'il s'agisse de l'œdème des membres inférieurs (OMI) associé aux agents bloqueurs des canaux calciques dihydropyridiniques (BCC DHP), de la toux sèche liée aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou autres, ces effets indésirables sont susceptibles de diminuer l'adhésion au traitement. D'ailleurs, selon certains experts, 50 % des personnes hypertendues sous traitement pharmacologique ne prendraient plus ou ne prendraient pas correctement leur médication après une année d'utilisation. Pour cette raison, il est important que l'infirmière questionne la personne soignée sur la présence éventuelle de ces effets lors des visites en clinique (Boulianne, 2022; INESSS, 2020).

RÉFÉRENCES

Boulianne, F. (2022). «Prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle». Montréal: Société québécoise d'hypertension artérielle. Repéré à <https://sqha2.hypertension.qc.ca/prise-en-charge-2/>

Hypertension Canada. (2020a). «Lignes directrices complètes 2020 d'Hypertension Canada pour la prévention, le diagnostic, l'évaluation des risques et le traitement de l'hypertension chez les adultes et les enfants». Repéré à <https://guidelines.hypertension.ca/diagnosis-assessment/measuring-blood-pressure/>

Hypertension Canada. (2020b). «Hypertension 2020-2022: Points saillants». Repéré à https://hypertension.ca/wp-content/uploads/2020/10/2020-22-HT-Guidelines-FR_WEB.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2020). «Protocole médical national – Médication antihypertensive». Repéré à https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Hypertension_arterielle/INESSS-Protocole_medical_national.pdf

Poirier, P. et Rhéaume, C. (2020). «L'hypertension artérielle: toujours un défi en 2020?». *Le Médecin du Québec*, 55(1), 43-48.

CERTIFICATION COLLÉGIALE TECHNIQUES D'IMMOBILISATION EN ORTHOPÉDIE



Apprenez l'ABC des différentes techniques d'immobilisation en orthopédie.

- ▶ Des capsules vidéo captivantes
- ▶ Un guide pédagogique richement illustré
- ▶ Immobilisations plâtrées et en fibre de verre
- ▶ Tous les types d'attelles

Une **formation à distance**
en mode **asynchrone**
d'une durée estimée de
90 heures, suivie d'un
laboratoire d'intégration
de 3 jours.



collegia.qc.ca/tio



CÉGEP DE
RIVIÈRE-DU-LOUP
FORMATION CONTINUE

Pour que votre
humanité
s'exprime pleinement



**Postule au CISSSMO et profite
de plusieurs avantages.**



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Québec 

Prise en charge obstétricale : conscientisation et humanisation des soins

Lors de l'accouchement, les sentiments ressentis par la femme peuvent influencer directement sur la douleur ressentie, l'évolution du travail et sa durée. Les recherches démontrent que l'environnement professionnel, organisationnel et physique des milieux de soins favorise une approche interventionniste au détriment d'un savoir-faire auprès des parturientes (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2012).

par **HÉLÈNE PLUMARD, inf., B. Sc. et CAROLINE VILLEMURE, inf., B. Sc.**

Les infirmières jouent un rôle central en obstétrique, grâce à leur soutien émotionnel (écoute, encouragements, valorisation de la femme et du couple), l'application de mesures de confort (respect de l'intimité, application de méthodes de soulagement de la douleur, implication de la personne accompagnante), l'information (explication des soins, encouragements à participer à la prise de décision, présentation des risques et bénéfices) et la défense des intérêts (en soutenant les décisions, en respectant les souhaits de naissance et en défendant les intérêts de la famille) (Larouche, Martel et Dufresne, 2019).

Les infirmières reconnaissent que la femme et le couple peuvent prendre les décisions qui les concernent et assumer ainsi leur nouveau rôle de parents. Une relation de confiance s'installe alors. Il en découlera la qualité des échanges, reposant sur un consentement libre et éclairé.

CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Il incombe à l'infirmière qui met en place une intervention d'obtenir un consentement libre et éclairé de la parturiente et de lui fournir toute l'information nécessaire à cette fin. Le consentement est libre s'il est obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte ou de promesse. Il doit être donné par une personne en pleine possession de ses moyens et dont les facultés ne sont pas affaiblies. Le consentement est éclairé s'il est obtenu après la transmission de l'information pertinente à la parturiente, car la décision doit pouvoir être prise en toute connaissance de cause. Rappelons également que le professionnel de la santé doit s'assurer auprès de la patiente que son consentement demeure libre et éclairé pendant la période de soins et respecter le droit de la patiente de retirer son consentement en tout temps. Ces obligations sont reprises dans le Code

de déontologie des infirmières à l'article 41. Dans le même ordre d'idées, dans l'article 6 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme de l'UNESCO : « Toute intervention médicale préventive, diagnostique ou thérapeutique ne pourra être menée qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé. Ce consentement doit, quand cela est nécessaire, être exprimé et peut être retiré par la personne concernée à tout moment quelle qu'en soit la raison ».

Une étude (Nicholls et al., 2021) a révélé l'importance de mettre la parturiente au centre des décisions concernant sa santé afin de favoriser son autonomie. Cette étude a surtout démontré que l'information donnée semblait majoritairement standardisée et non personnalisée, sans tenir compte des valeurs et préférences de la patiente. Dans l'ensemble, les professionnels de la santé présentaient les risques en obstétrique sans prendre la peine de questionner les femmes sur leur ressenti, et la discussion portant sur les options de remplacement était variable, parfois sommaire, parfois inexistante.

En obstétrique, un consentement éclairé de la femme en situation d'urgence est difficile à obtenir à cause de l'influence de la douleur ou de certains analgésiques centraux. Il est donc important d'apporter toutes les informations (événements prévisibles du travail et de l'accouchement comme les déchirures, l'instrumentalisation, etc.) pendant la grossesse (Jacobson et al. 2013; Pierre, 2018). Comment s'assurer de transmettre toute l'information à la patiente et d'obtenir un consentement libre et éclairé?

DÉMARCHE BRAIN

L'acronyme BRAIN a été créé pour permettre à la femme et au couple de prendre des décisions éclairées pendant la grossesse, la naissance, l'allaitement et l'éducation des enfants en général. Il s'agit d'une approche logique pour peser le pour et le contre parmi les

choix possibles. Cette démarche est à la base d'une communication efficace et bienveillante entre professionnels de la santé et patientes-couples-familles (**Encadré 1**).

Encadré 1 DÉMARCHE BRAIN

B	Bénéfices Quels sont les avantages associés à cette décision? Quels éléments positifs en résulteront? Pourquoi pensez-vous que c'est nécessaire à ce stade-ci? Qu'est-ce qui vous fait croire que nous devrions faire ça?
R	Risques Quels sont les risques associés à cette décision? Sont-ils plus importants que les bénéfices ou sont-ils négligeables? Ce que vous suggérez pourrait-il avoir une incidence négative sur la capacité de mon bébé à se nourrir au sein? Comment savoir si cela fera plus de bien que de mal dans mon cas?
A	Alternatives Quelles sont les alternatives? Quelles autres options pourrions-nous envisager avant de faire ça? Pourriez-vous m'expliquer plus en détail s'il vous plaît? J'aimerais connaître les alternatives.
I	Intuition Quel est mon ressenti? Nous aimerions avoir le temps de réfléchir aux informations que vous venez de nous donner. Est-ce qu'il s'agit d'un protocole de l'hôpital ou est-ce que vous croyez que c'est ce qui est le mieux pour mon bébé? Pourrions-nous savoir pourquoi? Est-ce que c'est une urgence?
N	Ne rien faire Que se passerait-il si on ne faisait rien? Si on attendait? Y-a-t-il un problème si nous attendons un peu avant de faire ça? Nous aimerions attendre si possible. Si on ne le fait pas, qu'est-ce qui risque d'arriver? Notre bébé est-il en danger? Sinon, nous aimerions laisser ça de côté pour l'instant.

Source : https://servicesproxima.com/brain_decisions_eclairées/

VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES (VOG)

Les définitions concernant les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) sont nombreuses mais concordantes. Il s'agit de « tout comportement ou acte commis par les professionnels de la santé qui n'est pas justifié médicalement ou effectué sans le consentement libre et éclairé de la patiente dans le cadre de son suivi gynécologique ou obstétrical. Il peut y avoir une opposition entre le vécu subjectif de la patiente et la réalité médicale, pensée comme objective » (Lopez, 2020).

Les débats entourant les VOG sont centrés sur le vécu des patientes, leurs perceptions de ce qui s'est passé versus l'urgence médicale, la nécessité et le « savoir savant » du professionnel (Vadeboncoeur, 2006).

La violence obstétricale constitue de la violence sous toutes ses formes (psychologique, sexuelle, physique, verbale, par omission, etc.), commise dans un contexte obstétrical (accouchement, suivi de grossesse, post-partum immédiat, avortement, fausse couche, etc.) (Poulin-Chartrand, 2014). Il s'agit d'une forme de violence à la fois systémique et de genre. Une violence systémique fait référence au fait que c'est le système en soi qui, en raison de son organisation et son cadre rigide et hiérarchique, est générateur de violence. Celle-ci devient banalisée et normalisée. On parle de violence de genre lorsque la violence est dirigée contre une femme du fait de son sexe ou qu'elle affecte les femmes de manière disproportionnée. La violence obstétricale constitue donc une violence de genre, puisque ce sont principalement les femmes qui accouchent (et, dans une moindre mesure, des hommes transsexuels et des personnes non binaires) (Vadeboncoeur, 2006).

DIFFÉRENTS TYPES DE VOG

Que les VOG soient physiques ou psychologiques, beaucoup de professionnels ont distingué les violences volontaires, avec l'intention de nuire à la patiente (par exemple, faire l'acte, car il permet de gagner du temps ou de gagner plus d'argent), des

violences involontaires, plus répandues (par exemple, assister à une violence et ne pas intervenir) (Lopez, 2020).

Les VOG peuvent être associées à différents comportements : la domination des professionnels de la santé sur les femmes, le manque d'accès aux possibilités de prise en charge, le manque de respect envers la femme et son entourage, la banalisation ou le refus de reconnaître les expériences négatives de la femme, l'absence de divulgation d'informations complètes, l'acte en lui-même, l'absence de consentement libre et éclairé ou l'absence de justification médicale (Bohren et al., 2019; Lévesque et al. 2016; Lopez, 2020; OMS, 2014).

Souvent, l'environnement hospitalier peut être un vecteur de VOG (Lipani, 2021). En effet, les conditions de travail et le caractère d'urgence vitale prennent parfois le dessus. On peut citer, par exemple, les protocoles (critères pour un déclenchement du travail), les habitudes (position d'accouchement en décubitus dorsal, qui s'est imposée aux 17^e et 18^e siècles comme la nouvelle normalité pour le confort du professionnel de la santé) et la non-disponibilité des professionnels qui peut occasionner un manque de communication amenant une incompréhension (Baranowska et al., 2021).

Attention, qui dit accouchement traumatique ne dit pas automatiquement violence obstétricale et vice versa. Par exemple, une femme peut vivre un traumatisme malgré des pratiques irréprochables parce que le bébé était en détresse respiratoire à la naissance ou encore, une femme peut ne vivre aucun traumatisme alors qu'elle a expérimenté un accouchement instrumentalisé à l'aide de forceps avec une épisiotomie. Ainsi, ces deux phénomènes sont hautement corrélés, mais néanmoins distincts.

CONSÉQUENCES DES VOG

La littérature évoque plusieurs conséquences des VOG pour la femme : la détresse, la souffrance, la dépression pouvant aller jusqu'à un syndrome post-traumatique, ainsi que des difficultés d'attachement mère/enfant et des difficultés conjugales (Ertan et al., 2021).

Outre les troubles psychologiques, ce type de situation peut dissuader les femmes d'avoir recours aux établissements de santé (hôpital ou maison de naissance) pour bénéficier de soins maternels et, à terme, aboutir à des décès et des incapacités évitables (par exemple, lors d'un accouchement à domicile sans professionnel de la santé) (Ertan et al., 2021).

Les VOG et leurs conséquences peuvent être consécutives à une situation d'urgence vitale, angoissante à juste titre, mais elles s'avèrent le plus souvent le résultat de pratiques obstétricales quotidiennes, techniquement irréprochables, mais humainement défailtantes.

Dans plusieurs pays, particulièrement en Amérique latine et en Europe, des groupes citoyens mettent sur pied des observatoires de violence obstétricale, mènent des enquêtes, rédigent des guides, font des campagnes médiatiques de dénonciation, etc.

Il faut prendre conscience de l'existence, de l'ampleur et des conséquences de la violence obstétricale pour trouver des réponses collectives, tant en matière de prévention que de guérison. Nous en sommes actuellement à l'étape de sensibilisation et de mise au jour de l'existence de la violence obstétricale. Il existe un mouvement mondial pour le respect dans les soins de maternité qui adhère à la *Charte internationale des droits universels des femmes en période périnatale*.

HUMANISATION DES SOINS EN OBSTÉTRIQUE : PAR OÙ COMMENCER?

Plusieurs groupes ont cité des pistes d'amélioration. À l'échelle internationale, l'OMS et l'Alliance du ruban blanc montrent la voie pour des soins de maternité humains et respectueux.

Avant tout, il est essentiel de miser sur la période prénatale pour informer les femmes et les couples, ouvrir la discussion sur leurs craintes, leurs souhaits, le caractère imprévisible d'un accouchement et les interventions possibles (Initiative internationale pour la naissance [IINA], 2020). Il est important que chaque femme puisse écrire un projet de naissance

afin d'établir un dialogue avec l'équipe de soins. Cela permet d'envisager ce qu'il est possible de faire ou non, et d'arriver à un compromis entre les souhaits et la réalité des soins. Les femmes doivent pouvoir composer avec le caractère imprévisible de l'accouchement et de la naissance.

Pour les patientes à très bas risque, la surveillance de l'accouchement peut être démedicalisée et adaptée aux souhaits exprimés : travail spontané, rupture tardive des membranes, méthodes de soulagement de la douleur non médicamenteuses, mobilisation, surveillance intermittente du rythme cardiaque fœtal, position d'accouchement laissée au choix de la patiente, clampage retardé du cordon, peau à peau, etc. (Vadeboncoeur, 2004).

Il faut assurer aux femmes un accompagnement de qualité qui leur apportera le soutien nécessaire tout au long de la période de travail et de l'accouchement, et élargir la gamme des options autres que médicales et pharmaceutiques, notamment en matière de contrôle et de gestion de la douleur (bain, ballon, banc de naissance, chaise de massage, positions diverses, mobilité en cours de travail, etc.) (HAS, 2017).

Pendant le travail ou avant une intervention, une bonne communication avec la parturiente, en s'assurant de son consentement libre et éclairé, est nécessaire pour réduire les violences et le ressenti des patientes lié à ces violences. Tout repose sur la manière d'expliquer les choses, d'informer la patiente sur l'intérêt de ce que l'on va faire et ce que l'on recherche (Lopez, 2020).

La formation des étudiantes en soins est un point fondamental. En effet, elles doivent être formées à agir avec bienveillance, en ayant conscience des conséquences de

leurs actes qui peuvent leur sembler banals (par exemple, les touchers vaginaux). Cela passe par la formation continue, et l'enseignement peut se faire par des réunions interdisciplinaires, des lieux communs de formation comme lors de la Semaine mondiale de l'accouchement respecté (SMAR).

Enfin, il est important d'informer et de soutenir les patientes désireuses d'exprimer leur vécu et de déposer une plainte formelle. Toutefois, ces plaintes ne doivent pas justifier la promotion de lieux où les pratiques d'accouchement s'exercent sans professionnels de la santé, afin de ne pas mettre en jeu la sécurité des patientes et de leurs bébés.

EN CONCLUSION

Nous sommes conscientes que toutes ces modifications ne peuvent se faire du jour au lendemain. L'essentiel repose sur la prise de conscience des professionnels à l'égard des VOG et de leurs conséquences afin de mettre en œuvre des changements de pratiques utiles au sein des organisations. Il faut donc prendre la parole et ne plus considérer le sujet comme tabou. Chaque femme a droit au meilleur état de santé possible, à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité, et ne pas subir de violence ou de discrimination (OMS, 2014). Il faut respecter les femmes, leurs droits, leurs choix et la physiologie de l'accouchement. Il faut établir une relation étroite avec les femmes, dans un climat de confiance réciproque et au terme d'un dialogue apaisé sans jamais renoncer aux impératifs de sécurité. Il faut saisir notre rôle de défenseurs des intérêts et s'assurer d'un consentement libre et éclairé, notamment par l'application de la méthode BRAIN. En somme, il faut allier, de façon équilibrée, sécurité et humanité. •

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

Vous êtes en quête de changement et d'aventure extraordinaire?
Vous souhaitez acquérir une expérience précieuse?

Le Nunavik est fait pour vous. Réalisez votre plein potentiel dans le Grand Nord au Centre de santé Inuulitsivik. Vous pourrez avoir une influence réelle sur la santé d'une communauté, tout en profitant des avantages de la vie dans une région magnifique, entre nature et partage.

Dès ma première journée dans le Nord, j'ai su que je voudrais y rester pour longtemps ! C'est une expérience unique et exaltante !
Isabelle Dupont inf.

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

NOUS RECHERCHONS DES INFIRMIER(ÈRE)S

- Postes permanents disponibles
- Unité de soins, plein exercice du champ de compétence infirmier, liaison, IPSPL
- MAD, santé publique, ITSS, TB



CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK
recrutement.csi@ssss.gouv.qc.ca
www.inuulitsivik.ca

LES AUTEURES

HÉLÈNE PLUMARD, inf., B. Sc.

Conseillère en soins infirmiers, direction des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine.

CAROLINE VILLEMURE, inf., B. Sc.

Assistante infirmière-chef, Unité de médecine fœto-maternelle anté et périnatal, CHU Sainte-Justine.

BIBLIOGRAPHIE

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ). (2011). «Droits des femmes – Grossesse et accouchement», (7^e éd.), [dépliant].

Baranowska, B., Pawlicka, P., Kiersnowska, I., Misztal, A., Kajdy, A., ... Doroszewska, A. (2021). «Woman's needs and satisfaction regarding the communication with doctors and midwives during labour, delivery and early postpartum». *Healthcare*, 9(4), 382. Repéré à <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>

Bédard, M.J. (2020). «Formation sur les violences obstétricales et gynécologiques». Université de Montréal et Association des obstétriciens et gynécologues du Québec.

Bohren, M.A., Berger, B.O., Munthe-Kaas, H. et Tunçalp, Ö. (2019). «Perceptions et expériences sur l'accompagnement de l'accouchement: une synthèse qualitative des données probantes». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD012449). Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>

Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A. et El-Hage, W. (2021). «Post-traumatic stress disorder following childbirth». *BMC Psychiatry*, 21, 155. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>

Hastings, M.B. (2015). «Dévoiler le manque de respect et les mauvais traitements autour de l'accouchement et la naissance, le mouvement de promotion du respect dans les soins de maternité». White Ribbon Alliance.

Haute Autorité de santé (HAS). (2017). «Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandation de bonne pratique». Saint-Denis, FR: HAS.

Huynh, T. (2017). «Le rôle des infirmières comme défenseur des patients». *Cyberjourn@l*, 8(2). Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval (OIIIM/L).

Initiative internationale pour la naissance (IINA). (2020). «Les 12 étapes pour des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux».

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2012). «Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque». [Avis préparé par Michel Rossignol, Faiza Boughrassa et Jean-Marie Moutquin]. *ETMIS*, 8(14), 1-134.

Jacobson, C.H., Zlatnik, M.G., Kennedy, H.P. et Lyndon, A. (2013). «Nurses' perspectives on the intersection of safety and informed decision making in maternity care». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(5), 577-587.

Larouche, V., Martel, M.-J. et Dufresne, C. (2019). «Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement». *Perspective infirmière*, 16(3), 61-64.

Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S. et Rousseau, C. (2016). «Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement: perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance». Montréal: Université du Québec à Montréal – Département de sexologie et Service aux collectivités.

Lipani, B. (2021). «Représentations des violences obstétricales par les étudiants en santé, internes de gynécologie-obstétrique et étudiants sages-femmes» [Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme]. Gynécologie et obstétrique. dumas-03326600.

Lopez, M. (2020). «Représentations des violences gynécologiques et obstétricales par les professionnels de la santé – Étude qualitative rétrospective multicentrique par entretiens semi-directifs du 13.09.2019 au 24.01.2020». Angers, FR: Université d'Angers.

Nicholls, J.A., David, A.L., Iskaros, J., Siassakos, D. et Lancelley, A. (2021). «Consent in pregnancy—An observational study of ante-natal care in the context of Montgomery: all about risk?». *BMC Pregnancy and Childbirth*. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03574-2>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). «La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins: déclaration de l'OMS». WHO/RHR/14.23. Genève: OMS.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2017). «Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé [Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities]». Genève: OMS.

Pierre, F. (2018). «Information de la femme et consentement en obstétrique». *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(12), 986-993. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.025>

Poulin-Chartrand, S. (2014). «Bébé en santé, maman violente». *Planète F Magazine*.

Regroupement Naissance-Renaissance. (2019). «Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement».

Vadeboncoeur, H. (2004). «La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: de quelle humanisation parle-t-on?» [Thèse]. Montréal: Université de Montréal – Faculté des études supérieures.

Vadeboncoeur, H. (2006). «Revue de littérature sur accouchement et traumatisme – L'accouchement, un événement à potentiel traumatique».

White Ribbon Alliance. «Charte des soins de maternité respectueux, droits universels des femmes et des nouveau-nés». Toronto, ON: White Ribbon.

Rejoignez notre équipe

**Hôpitaux Shriners
pour enfants
– Canada**

Soins pédiatriques ultraspécialisés
pour les enfants atteints de
maladies orthopédiques et
neuromusculaires : incluant la
chirurgie de reconstruction
et la réadaptation.

Étant un établissement privé conventionné, nous offrons les mêmes conditions que le secteur public:

• Régime de retraite • assurance collective • 13 jours fériés • 9.6 jours de maladie • programme d'assistance aux employés • 4 semaines de vacances après un an • stationnement gratuit ou carte de transport en commun à tarif réduit.

Les quarts de travail se déroulent selon des horaires flexibles durant les heures officielles, du lundi au vendredi et, avec une flexibilité entre collègues. Le tout dans un environnement compatissant, collaboratif et centré sur la famille.

Nous changeons des vies grâce à des soins pédiatriques spécialisés innovants, à une recherche de classe mondiale et à une formation médicale exceptionnelle. Rejoignez-nous.



**Hôpitaux Shriners
pour enfants®
Shriners Hospitals
for Children®
Canada**

INFLUENCEZ L'AVENIR DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE AU CANADA



Association des
infirmières et infirmiers
du Canada

L'AiIC est le porte-parole des infirmières et infirmiers afin de faire progresser la profession infirmière et de renforcer le système de santé fragmenté du Canada. L'AiIC fait partie des principaux lobbyistes en soins de santé du Canada et est la seule association professionnelle de soins infirmiers qui représente les infirmières et infirmiers de toutes les catégories de pratique, ceux à la retraite et les étudiants en sciences infirmières des treize provinces et territoires.

Adhérez à l'AiIC et exprimez-vous!

Nos membres amplifient notre voix rassembleuse et éclairent notre travail afin d'influencer l'avenir de la profession infirmière et des soins de santé au Canada!

Nous offrons des avantages exceptionnels pour votre carrière et votre divertissement.

ADHÉREZ À L'AiIC AUJOURD'HUI!

cna-aiic.ca



OFFRE RÉSERVÉE AUX MEMBRES

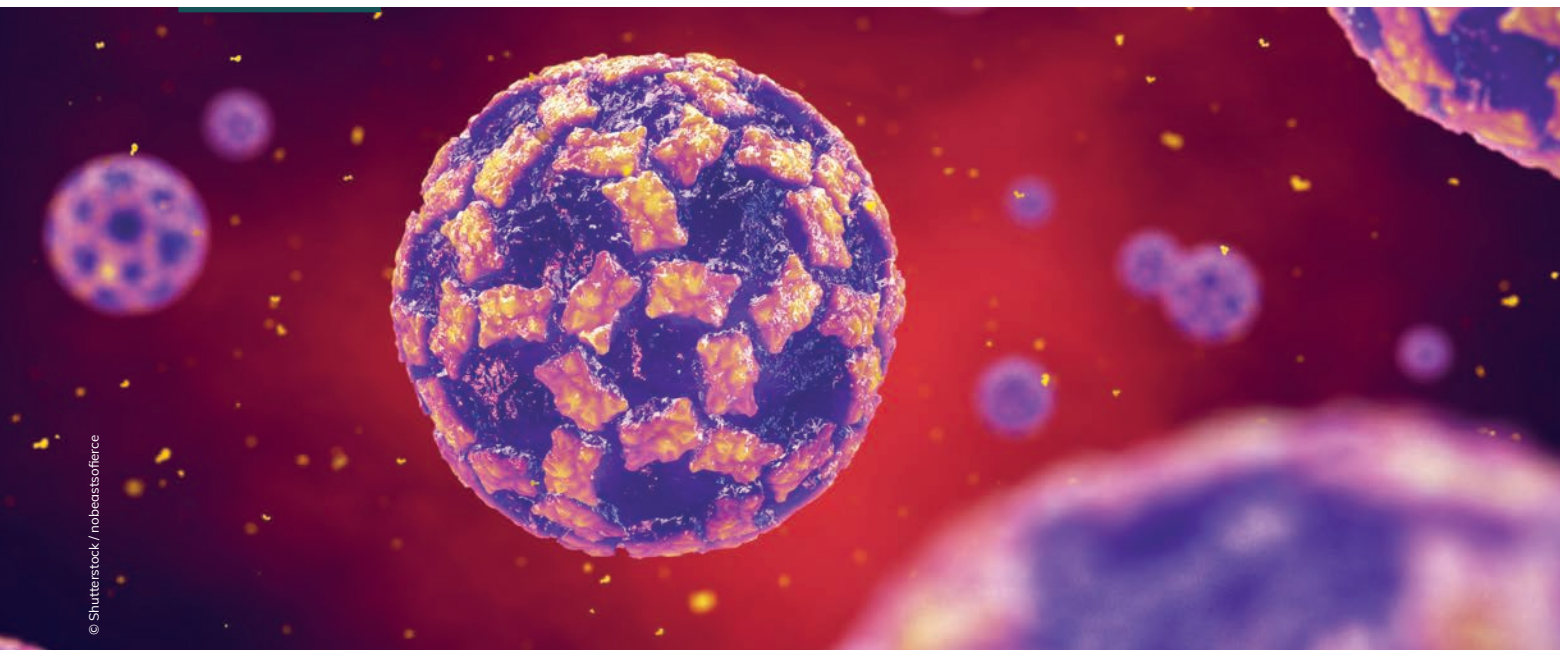
Économisez 210 \$ sur le tarif normal d'inscription au Congrès de 2023 du Conseil international des infirmières (CII), du 1^{er} au 5 juillet 2023.



MONTREAL

CONGRÈS DU CII
1-5 JUILLET 2023

Les infirmières ensemble : une force pour la santé mondiale



© Shutterstock / nobeastsofierce

Gastro-entérite à norovirus : pas si facile pour les résidents en contexte d'éclosion

par **NERDJES GAHLOUZ, inf., B. Sc.** et **JOSIANE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., Ph. D.**

La pandémie de la COVID-19, avec ses conséquences désastreuses dans les établissements de soins de longue durée, a occulté d'autres maladies infectieuses aussi sévères. Au Québec, de nombreuses éclosions de gastro-entérite à norovirus surviennent chaque année dans ces établissements avec des répercussions graves. Malheureusement, un manque de connaissances sur les risques pour les résidents semble causer un délai dans la mise en place des mesures de prévention et contrôle des infections (PCI). Le but de cet article est de sensibiliser les infirmières aux conséquences des éclosions de gastro-entérite à norovirus pour les résidents des établissements de soins de longue durée.

QU'EST-CE QUE LE NOROVIRUS ?

Le norovirus est l'agent infectieux le plus souvent en cause lors d'une gastro-entérite; il est responsable de 60 à 95 % des éclosions de diarrhée aiguë infectieuse non bactérienne (Comité sur les infections nosocomiales du Québec [CINQ], 2017). Le norovirus se dépose sur les parois de l'intestin grêle causant un élargissement et un émoussement des villosités de l'intestin (Wikswa, Karst et Hall, 2021). Les activités enzymatiques de l'intestin grêle diminuent et les enzymes gastriques ne sont plus sécrétées, entraînant une malabsorption des nutriments et un retard de la vidange gastrique, ce qui cause des nausées et des vomissements au niveau clinique (Bányai et al., 2018). La contagiosité d'une personne infectée par le norovirus débute dès l'apparition des symptômes et perdure jusqu'à 48 heures après la fin; il est parfois possible de détecter des particules du virus dans les selles jusqu'à deux semaines après et plus (CINQ, 2017). Ruzante et ses collaborateurs (2011) rapportent que la plupart des hospitalisations dues au norovirus concernent des personnes âgées ayant des maladies chroniques qui récupèrent plus lentement et moins efficacement.

SYMPTÔMES

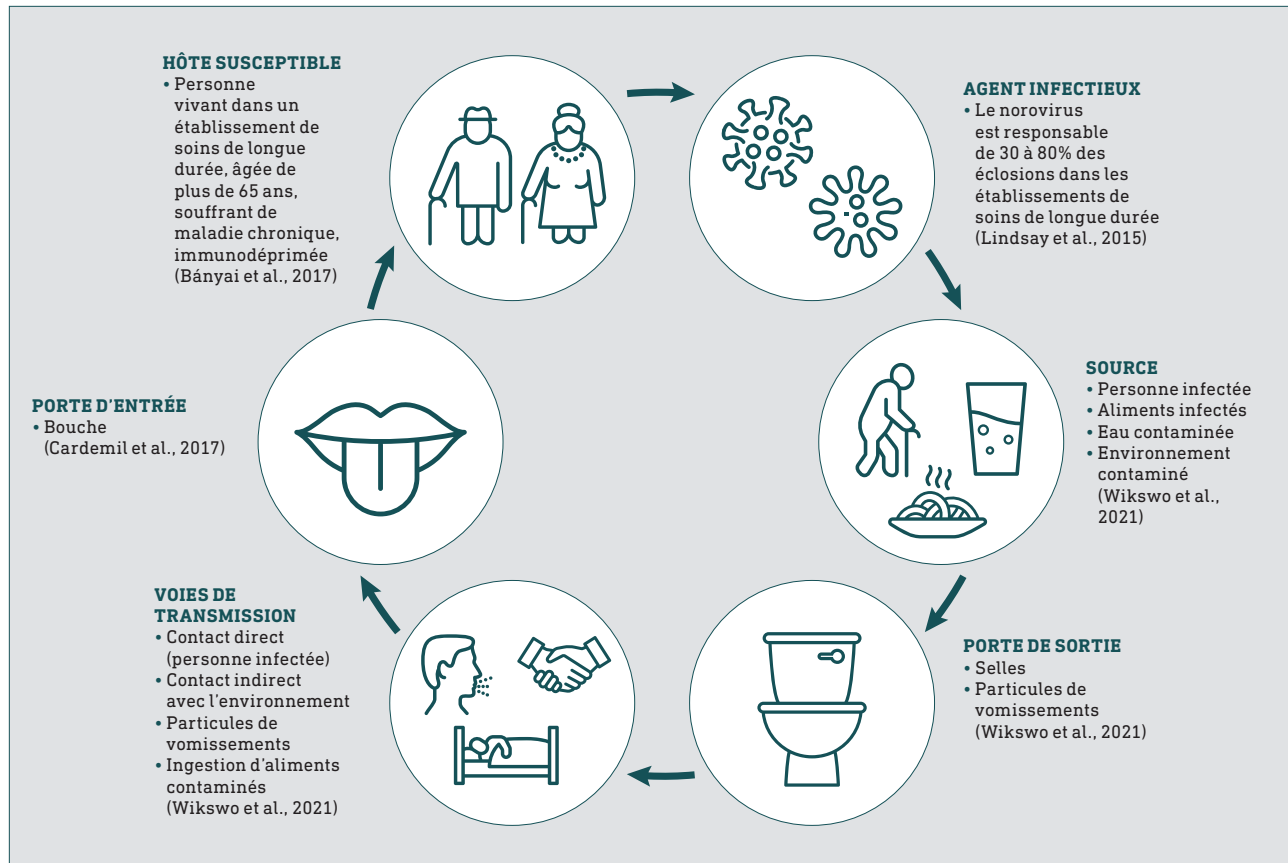
Les principaux symptômes de la gastro-entérite à norovirus sont la diarrhée, les vomissements, une fièvre basse, les crampes abdominales (Cardemil, Parashar et Hall, 2017), parfois les céphalées, les myalgies et les vertiges (Bányai et al., 2018). Chez la personne âgée, les symptômes durent plus longtemps, soit

9 jours comparativement à 48 heures chez les adultes (Cardemil et al., 2017). Bien que le norovirus touche des personnes de tout âge et soit extrêmement répandu dans la communauté, les complications, quant à elles, sont plus fréquentes chez les personnes âgées vivant dans les établissements de soins de longue durée (Kambhampati, Koopmans et Lopman, 2015). Relić et ses collaborateurs (2015) mentionnent que le risque de complications graves de la gastro-entérite chez les personnes âgées est de 20 à 30 %, alors que pour celles habitant en établissement de soins de longue durée, ce risque peut atteindre 40 %. Thébault et ses collaborateurs (2021) révèlent que les complications graves de la gastro-entérite sont en partie dues aux diarrhées et vomissements qui entraînent une déshydratation et, dans certains cas, un choc hypovolémique, une hospitalisation et même le décès.

TRANSMISSION

Selon le Comité des infections nosocomiales du Québec (2005), 90 % des contaminations par le norovirus se font par contact direct avec une personne infectée, alors que 10 % proviennent d'aliments contaminés. Le principal mode de transmission du norovirus est fécal - oral (Bányai et al., 2018). Selon Wikswa et ses collaborateurs (2021), il est possible d'identifier au moins quatre voies de transmission du norovirus (**Figure 1**) : par contact direct avec une personne infectée; par des particules provenant de vomissements d'une personne infectée; par la consommation d'aliments ou d'eau contaminée et par contact indirect avec l'environnement contaminé.

Figure 1
CHAÎNE DE TRANSMISSION DU NOROVIRUS EN ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE



ÉCLOSIONS

Le norovirus est responsable de 30 à 80 % des épidémies dans les établissements de soins de longue durée, et 90 % des cas sont causés par une transmission directe, soit d'une personne à une autre (Lindsay et al., 2015). La prédominance du norovirus lors d'épidémies dans les établissements de soins de longue durée est observée à l'échelle mondiale. Par exemple, en Norvège, 96 % des épidémies de gastro-entérite à norovirus surviennent dans ces établissements, tandis qu'en Angleterre, le norovirus est à l'origine de 64 % des épidémies et de 60 % aux États-Unis (Calderwood et al., 2022). Au Canada, 300 à 400 épidémies de norovirus sont signalées chaque année (Gouvernement du Canada, 2021) et en Ontario, 45,1 % des épidémies de gastro-entérite se produisent dans les établissements de soins de longue durée (Hughes et al., 2021). Au Québec, de nombreuses épidémies de gastro-entérite à norovirus surviennent chaque année dans ces établissements avec des répercussions importantes sur le réseau de la santé, telles que la suspension de nouvelles admissions en longue durée, diminuant ainsi l'accessibilité aux soins pour les personnes âgées (Ruzante et al., 2011). En effet, un séjour prolongé à l'hôpital, causé par le norovirus, restreint le nombre de lits pour d'autres types de patients (Lindsay et al., 2015) et perturbe l'effectif du personnel soignant dans un contexte de pénurie (Bélanger, Markowski et Toth, 2011).

La pandémie de la COVID-19 a provoqué une tragédie dans les établissements de soins de longue durée et a mis en lumière les conséquences désastreuses des épidémies pour leurs résidents. Les nombreuses études effectuées dans ce contexte permettent de faire un parallèle avec les possibles conséquences des épidémies de gastro-entérite à norovirus survenant chaque année dans ces établissements.

CONSÉQUENCES DES ÉCLOSIONS CHEZ LES RÉSIDENTS

Plusieurs conséquences liées aux épidémies sont à déplorer chez les résidents des établissements de soins de longue durée, soit parce

qu'elles affectent directement leur santé physique et psychosociale ou qu'elles les touchent indirectement du fait des répercussions sur le personnel soignant et les familles. Lors des épidémies, les activités programmées, telles que le bingo, la danse et les exercices physiques, sont réduites et les visites, interrompues. Les résidents doivent demeurer dans leur chambre et tout contact social est suspendu. N'ayant plus accès à leur famille ou à leurs amis, un important sentiment d'isolement peut s'installer (Simard et Volicer, 2020). Le fait de vivre cette solitude peut avoir des répercussions considérables sur la santé physique et psychosociale des résidents, ce qui peut influencer sur leur qualité de vie (Ferdous, 2021).

Conséquences de l'isolement sur la santé physique des résidents en contexte d'épidémie

Dans sa revue de la littérature, Ferdous a examiné les études qui abordaient l'effet de l'isolement social chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée au cours de la pandémie de la COVID-19 aux États-Unis. Selon les résultats, la probabilité de développer une démence chez les résidents dans un contexte d'isolement augmente de 40 % (Ferdous, 2021). Kirkham et ses collaborateurs ont évalué l'impact de la pandémie sur les personnes atteintes de démence dans des établissements de soins de longue durée en Ontario. Plusieurs employés ont rapporté une augmentation des chutes chez la moitié des résidents, principalement ceux atteints de troubles neurocognitifs, à cause du manque d'activités physiques résultant de l'isolement (Kirkham et al., 2022).

Une revue de la littérature étudiant les conséquences de la solitude sur la santé des personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée aux États-Unis révèle qu'une perte de l'autonomie est généralement observée lorsque ces dernières sont placées en isolement (Lapane et al., 2022). Dans l'étude de Courtin et Knapp (2017), les répercussions de l'isolement sur la santé cardiovasculaire ont été étudiées chez les résidents de soins de longue durée ; les maladies coronariennes, l'insuffisance cardiaque chronique et

l'insuffisance cardiaque congestive ont la plupart du temps été associées à l'isolement.

CONSÉQUENCES DE L'ISOLEMENT SUR LA SANTÉ PSYCHOSOCIALE DES RÉSIDENTS EN CONTEXTE D'ÉCLOSION

Le soutien socio-émotionnel apporté par les familles joue un rôle essentiel dans la qualité de vie des personnes âgées demeurant dans un établissement de soins de longue durée; en raison de l'isolement, les résidents ont moins de contact avec leurs familles, donc ce soutien devient alors presque inexistant (Puurveen, Bambusch et Gandhi, 2018).

Deux études portant sur l'effet de l'isolement social lors de la pandémie de la COVID-19 chez les résidents en soins de longue durée ont révélé qu'il peut contribuer à l'apparition de la dépression et de sentiments de désespoir, et affecter négativement le bien-être subjectif des résidents (Chu, Donato-Woodger et Dainton, 2020; Chu et al., 2021). De plus, en étant seuls toute la journée et en mangeant dans leur chambre, les résidents peuvent ressentir une détresse émotionnelle qui risque d'entraîner des troubles du sommeil, une perte d'appétit, un manque de mobilité, etc. (Palacios-Ceña et al., 2021).

Une étude européenne analysant l'association entre l'isolement social et la cognition chez les résidents a également montré un déclin cognitif chez cette population (Lara et al., 2019). Par ailleurs, l'isolement social peut avoir un effet beaucoup plus important chez les personnes souffrant de démence. En effet, dans la revue de la littérature de Koszalinski et Olmos (2022), les conséquences de l'isolement social chez les personnes atteintes d'Alzheimer et de démence ont été étudiées; les résultats montrent que le peu de contact social vécu par les résidents ayant une démence risque de leur causer un important déclin cognitif et d'augmenter un sentiment de stress et d'anxiété.

CONSÉQUENCES DES ÉCLOSIONS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

Les éclosions ont, également, des répercussions importantes sur le personnel soignant qui risque, lui aussi, de devenir malade et de s'absenter du travail. L'étude d'Espenhain et ses collaborateurs (2019) sur les conséquences des éclosions de norovirus dans les établissements de soins de longue durée et les hôpitaux de la Norvège révèle que pour la période de 2005 à 2018, le nombre moyen estimé de jours de travail perdus par le personnel de santé, en raison de la gastro-entérite à norovirus, variait de 159 à 194.

Ces absences en situation d'éclosions ont des répercussions sur le personnel présent au travail. La revue systématique de la littérature de Palacios-Ceña et ses collaborateurs avait comme objectif de décrire, entre autres, les répercussions de la pandémie de la COVID-19 sur le personnel soignant des établissements de soins de longue durée. Les résultats montrent qu'en raison de l'absentéisme, le personnel qui reste sur place voit sa charge de travail augmenter, ce qui affecte les soins prodigués aux résidents vulnérables (Palacios-Ceña et al., 2021). Conti et ses collaborateurs (2022) ont évalué le niveau de stress chez le personnel soignant des établissements de soins de longue durée dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, afin d'identifier les facteurs de risque et d'en mesurer l'impact; 505 réponses, recueillies à partir de 2 questionnaires, ont été incluses dans l'analyse. Selon les résultats, un environnement de travail imprévisible cause une augmentation du stress; en effet, les heures de travail peuvent se prolonger en raison du manque de personnel, et la demande de soins des résidents, malades en plus d'être isolés, est accrue.

De plus, dans une étude qualitative de Hoedl, Thonhofer et Schoberer (2022) effectuée à l'aide d'entrevues, la majorité du personnel soignant a indiqué qu'en contexte d'éclosion, le temps nécessaire pour faire la tournée des résidents augmentait en raison du port de l'équipement de protection individuelle et de l'hygiène des mains à accomplir rigoureusement entre chaque résident. En outre, un autre élément mentionné touchait les tâches supplémentaires requises, soit de veiller au respect de l'isolement chez la clientèle démentielle qui fait de l'errance,

d'organiser les repas dans les chambres au lieu des salles à manger, de passer du temps avec les résidents pour les rassurer et de surveiller leur état de santé (Hoedl et al., 2022). En somme, le manque de personnel, la charge de travail pour le personnel présent ainsi que les activités supplémentaires dues à l'isolement ont des répercussions sur la qualité des soins prodigués aux résidents en isolement.

LES CONSÉQUENCES DES ÉCLOSIONS CHEZ LES FAMILLES

À l'aide d'entrevues, Yeh et ses collaborateurs ont étudié les préoccupations des familles pour leurs proches isolés dans les établissements de soins de longue durée au cours de la pandémie. Il en résulte que la plupart des familles avaient des inquiétudes quant au stress que pouvaient vivre leurs proches en étant isolés, aux suivis infirmiers susceptibles d'être négligés et aux activités de la vie quotidienne éventuellement délaissées (Yeh et al., 2020). De plus, pour ces familles, ne pas être capable de jouer leur rôle de proches aidants pouvait avoir des répercussions sur elles. Grâce à un questionnaire en ligne, O'Caoimh et ses collaborateurs ont examiné les perceptions des proches aidants concernant les interruptions des visites dans les établissements de soins de longue durée durant la pandémie. Ces derniers ont rapporté qu'ils n'étaient plus en mesure de jouer leur rôle de soignant auprès de leurs proches, ce qui les affectait au niveau psychologique; un sentiment de solitude et une diminution du bien-être pouvaient alors être ressentis (O'Caoimh et al., 2020).

Dans une revue systématique de la littérature, Hugelius, Harada et Marutani (2021) ont exploré les conséquences des restrictions des visites dans les établissements de santé pendant la pandémie. Pour les familles, ne pas être physiquement présentes pour leurs proches a engendré des inquiétudes à propos de l'état de santé de ces derniers, de la tristesse, de l'anxiété, un sentiment de ne pas être en mesure de les soutenir et de les protéger. Toutes ces conséquences rapportées par les familles au cours de la pandémie peuvent être vécues lors des éclosions de gastro-entérite. Avec les restrictions des visites, les proches aidants ne peuvent plus jouer leur rôle de soignant auprès des résidents, ce qui diminue les soins personnalisés que ces derniers recevaient de leurs proches.

PRÉVENTION

Afin de prévenir les conséquences des éclosions de gastro-entérite à norovirus dans les établissements de soins de longue durée, il est important de rappeler les mesures de prévention et de contrôle des infections à mettre en place dès l'apparition des premiers symptômes chez un résident (CINQ, 2017). Tout le personnel soignant doit être responsabilisé afin de mettre ces mesures en place avec RAPIDITÉ, car c'est vraiment la clé du succès! (Encadré 1)

Encadré 1

MESURES DE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS À METTRE EN PLACE DÈS L'APPARITION DES PREMIERS SYMPTÔMES CHEZ UN RÉSIDENT

Mettre rapidement les précautions additionnelles de type gouttelettes – contact (blouse, gants, masque, protection oculaire (si diarrhées profuses ou vomissements).

Attribuer une toilette ou chaise d'aisance dédiée au résident symptomatique.

Informar l'équipe de PCI dès qu'une gastro-entérite est suspectée chez un résident.

Renforcer les pratiques de base pour tous les résidents (incluant l'hygiène des mains).

Effectuer la surveillance de toutes les personnes ayant eu un contact avec le résident qui présente des symptômes.

Source : CINQ, 2017.

EN CONCLUSION

Les résidents des établissements de soins de longue durée, parmi les plus vulnérables lors d'éclotions de gastro-entérite à norovirus, peuvent subir des conséquences importantes sur leur santé physique et psychosociale, à cause de l'isolement. Une augmentation des chutes, des sentiments de désespoir, des dépressions et un déclin cognitif sont les répercussions les plus souvent rapportées chez les résidents. De même, en situation d'éclotions, force est de constater une augmentation de l'absentéisme du personnel soignant et de la charge de travail en plus de l'éloignement des familles, ce qui a un impact direct sur la qualité des soins offerts aux résidents.

Il est donc important de mettre en place rapidement les mesures appropriées de prévention et contrôle des infections (PCI) afin d'éviter les éclotions de gastro-entérite à norovirus dans les établissements de soins de longue durée et, ainsi, de prévenir les conséquences pour les résidents, les familles, le personnel soignant, de même que les impacts sur tout le réseau de la santé. Il est essentiel que les leçons apprises depuis le début de la pandémie de la COVID-19 servent à améliorer la qualité globale des soins offerts aux résidents afin de leur procurer un avenir meilleur. •

LES AUTEURES

NERDJES GAHLOUZ

Inf., B. Sc.

Intervenante à la qualité, soins à domicile, CISSS de Laval, étudiante au Microprogramme de 2^e cycle en prévention et contrôle des infections, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

JOSIANE LÉTOURNEAU

Inf., M. Sc., Ph. D.

Consultante en prévention des infections et stagiaire postdoctorale, Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (au moment de la rédaction de l'article).

RÉFÉRENCES

- Bélanger, P., Markowski, F. et Toth, E. (2011). «Éclotions de gastro-entérite». *Flash Vigie*, 6(1). Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/06-271-02W-vol6_no1.pdf
- Bányai, K., Estes, M.K., Martella, V. et Parachar, U.D. (2018). «Viral gastroenteritis». *The Lancet*, 392(10142), 175-186. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31128-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31128-0)
- Calderwood, L.E., Wikswo, M.E., Mattison, C.P., Kambhampati, A., Balachandran, N., ... Mirza, S.A. (2022). «Norovirus outbreaks in long-term care facilities in the United States, 2009-2018: A decade of surveillance». *Clinical Infectious Diseases*, 74(1), 113-119. Repéré à <https://doi.org/10.1093/cid/ciab808>
- Cardemil, C.V., Parashar, U.D. et Hall, A.J. (2017). «Norovirus infection in older adults: Epidemiology, risk factors, and opportunities for prevention and control». *Infectious Disease Clinics of North America*, 31(4), 839-870. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.idc.2017.07.012>
- Chu, C.H., Donato-Woodger, S. et Dainton, C.J. (2020). «Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care». *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), 2456-2459. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.14467>
- Chu, C.H., Wong, J., Fukui, C., Staudacher, S.A., Wachholz, P.A. et Wu, B. (2021). «The impact of COVID-19 on social isolation in long-term care homes: Perspectives of policies and strategies from six countries». *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4-5), 459-473. Repéré à <https://doi.org/10.1080/08959420.2021.1924346>
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2005). «Mesures de contrôle et prévention des éclotions de cas de gastro-entérite infectieuse d'allure virale (norovirus) à l'intention des établissements de soins». Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/446-EclotionsGastroEnterite_Norovirus.pdf
- Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ). (2017). «Mesures de prévention et de contrôle des gastroentérites d'allure virale dans les établissements de soins». Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2311>
- Conti, A., Russotto, S., Opizzi, A., Ratti, M., Nicolini, D., ... Panella, M. (2022). «Work-related stress among a cohort of Italian long-term care workers during the COVID-19 pandemic: An observational study». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 1-10. Repéré à <https://doi.org/10.3390/ijerph19105874>
- Courtin, E. et Knapp, M. (2017). «Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review». *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. Repéré à <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Espenhain, L., Berg, T.C., Bentele, H., Nygård, K. et Kacelnik, O. (2019). «Epidemiology and impact of norovirus outbreaks in Norwegian healthcare institutions, 2005-2018». *Journal of Hospital Infection*, 103(3), 335-340. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.06.010>
- Ferdous, F. (2021). «Social distancing vs social interaction for older adults at long-term care facilities in the midst of the COVID-19 pandemic: A rapid review and synthesis of action plans». *INQUIRY/The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 1-14. Repéré à <https://doi.org/10.1177/00469580211044287>
- Gouvernement du Canada. (2021). «Norovirus». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/intoxication-alimentaire/norovirus.html#shr-pg0>
- Hoedl, M., Thonhofer, D. et Schoberer, D. (2022). «COVID-19 pandemic: Burdens on and consequences for nursing home staff». *Journal of Advanced Nursing*, 78(8), 2495-2506. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.15193>





**SOINS
INTERMÉDIAIRES**
Placement en milieu de la santé

FAITES PARTIE D'UNE ÉQUIPE GAGNANTE

NOUS EMBAUCHONS

- Tout le Québec
- Grand Nord
- International (Qatar, Dubaï...)

CONDITIONS ET SALAIRE AVANTAGEUX

514-369-2424 | info@soinsintermediaire.com | www.soinsintermediaires.com

Hugelius, K., Harada, N. et Marutani, M. (2021). «Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review». *International Journal of Nursing Studies*, 121(104000). Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>

Hughes, S.L., Greer, A.L., Elliot, A.J., McEwen, S.A., Young, I. et Papadopoulos, A. (2021). «Épidémiologie des norovirus et de la gastroentérite virale en Ontario, Canada, 2009 à 2014». *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 47(10), 442-449. Repéré à <https://doi.org/10.14745/ccdr.v47i10a01f>

Kambhampati, A., Koopmans, M. et Lopman, B.A. (2015). «Burden of norovirus in healthcare facilities and strategies for outbreak control». *Journal of Hospital Infection*, 89(4), 296-301. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2015.01.011>

Kirkham, J., Shorey, C.L., Laboni, A., Quirt, H., Grigorovich, A., ... Maxwell, C.J. (2022). «Staff perceptions of the consequences of COVID-19 on quality of dementia care for residents in Ontario long-term care homes». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(6), 1-13. Repéré à <https://doi.org/10.1002/gps.5725>

Koszalinski, R.S. et Olmos, B. (2022). «Communication challenges in social isolation, subjective cognitive decline, and mental health status in older adults: A scoping review (2019-2021)». *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-15. Repéré à <https://doi.org/10.1111/ppc.13115>

Lapane, K.L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y. et Dube, C.E. (2022). «Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 1-26. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104728>

Lara, E., Caballero, F.F., Rico-Urbe, L.A., Olaya, B., Haro, J.M., ... Miret, M. (2019). «Are loneliness and social isolation associated with cognitive decline?». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1613-1622. Repéré à <https://doi.org/10.1002/gps.5174>

Lindsay, L., Wolter, J., De Coster, I., Van Damme, P. et Verstraeten, T. (2015). «A decade of norovirus disease risk among older adults in upper-middle and high income countries: A systematic review». *BMC Infectious Diseases*, 15(1), 1-16. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12879-015-1168-5>

O'Caomh, R., O'Donovan, M.R., Monahan, M.P., Dalton O'Connor, C., Buckley, C., ... Cornally, N. (2020). «Psychosocial impact of COVID-19 nursing home restrictions on visitors of residents with cognitive impairment: A cross-sectional study as part of the Engaging Remotely in Care (ERIC) project». *Frontiers in Psychiatry*, 11(585373). Repéré à <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585373>

Palacios-Ceña, D., Fernández-Peña, R., Ortega-López, A., Fernández-Feito, A., Bautista-Villaécija, O., ... Lizcano-Álvarez, A. (2021). «Long-term care facilities and nursing homes during the first wave of the COVID-19 pandemic: A scoping review of the perspectives of professionals, families and residents». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 1-13. Repéré à <https://doi.org/10.3390/ijerph181910099>

Puurveen, G., Baumbusch, J. et Gandhi, P. (2018). «From family involvement to family inclusion in nursing home settings: A critical interpretive synthesis». *Journal of Family Nursing*, 24(1), 60-85. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1074840718754314>

Relić, T., Begović, I., Pavlović, N., Ilić, N., Kacarević, H., ... Lazarević, I. (2015). «Characteristics of norovirus infection in Serbia». *Vojnosanitetski Pregled*, 72(4), 328-333. Repéré à <https://doi.org/10.2298/VSP1504328R>

Ruzante, J.M., Majowicz, S.E., Fazil, A. et Davidson, V.J. (2011). «Hospitalization and deaths for select enteric illnesses and associated sequelae in Canada, 2001–2004». *Epidemiology & Infection*, 139(6), 937-945. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S0950268810001883>

Simard, J. et Volicer, L. (2020). «Loneliness and isolation in long-term care and the COVID-19 pandemic». *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), 966-967. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.006>

Thébaud, A., David, J., Kooh, P., Cadavez, V., Gonzales-Barron, U. et Pavo, N. (2021). «Risk factors for sporadic norovirus infection: A systematic review and meta-analysis». *Microbial Risk Analysis*, 17. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.mran.2020.100135>

Wikswa, M.E., Karst, S.M. et Hall, A.J. (2021). «Chapter 16–Noroviruses». *Foodborne Infections and Intoxications*, 287-306. Repéré à <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819519-2.00002-5>

Yeh, T.-C., Huang, H.-C., Yeh, T.-Y., Huang, W.-T., Huang, H.-C., ... Chen, W. (2020). «Family members' concerns about relatives in long-term care facilities: Acceptance of visiting restriction policy amid the COVID-19 pandemic». *Geriatrics & Gerontology International*, 20(10), 938-942. Repéré à <https://doi.org/10.1111/ggi.14022>

RÉFÉRENCES

Suite de la page 63

Ouellet, H., Ouellet, N. et Page, C. (2021). «Contre la stigmatisation en santé mentale». *Perspective infirmière*, 18(4), 32-37.

Page, C. et Barville, F. (2011). «L'intervention auprès des personnes ayant une problématique de santé mentale: une réflexion sur les défis à relever dans la pratique infirmière». *L'infirmière clinicienne*, 8(2), 18-25. Repéré à <http://revue-infirmiereclinicienne.uqar.ca/>

Ross, C.A. et Goldner, E.M. (2009). «Stigma, negative attitude and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 558-567.

Saumur, M. (2016). «Interventions pour soutenir les infirmières dans l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale des adultes avec trouble mental hospitalisés en soins physiques» [Travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières, option expertise-conseil]. Montréal: Université de Montréal.

Shea, S.C. (2005). «La conduite de l'examen psychiatrique – L'art de la compréhension». Paris: Elsevier.

Statistique Canada. (2019). «Consommation abusive d'alcool, 2018». Feuilles d'information de la santé, (B2-625-X). Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/B2-625-x/2019001/article/00007-fra.pdf?st=5ohb1W9>

Stuart, H., Arboleda-Flórez, J. et Sartorius, N. (2011). «Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned». Oxford University Press.

Tognazzini, P., Davis, C., Kean, A.-M., Osborne, M. et Wong, K.K. (2008). «Réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale». *Infirmière canadienne*, 9(8), 26-29.

Townsend, M.C. et Morgan, K.I. (2022). «Psychiatrie et santé mentale» (3^e éd.). Saint-Laurent, QC: Éditions du Renouveau pédagogique.

Van der Kluit, M.J. et Goossens, P.J.J. (2011). «Factors influencing attitudes of nurses in general health care toward patients with comorbid mental illness: An integrative literature review». *Issues in Mental Health Nursing*, 32(8), 519-527.

Wand, T., Buchanan-Hagen, S., Derrick, K. et Harris, M. (2020). «Are current mental health assessment formats consistent with contemporary thinking and practice?». *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 171-176.

N O S

L'av enir Est ici.

ON RECRUTE!

Passez à Est.org

Québec

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Centre d'apprentissage continu ■ Centre for Continuing Learning



Élargissez votre expertise en soins intensifs

En ligne

Cette série de modules sur les soins intensifs, offerte en ligne, apporte au personnel infirmier autorisé des connaissances avancées et des compétences spécialisées en soins respiratoires, palliatifs, cardiaques et intensifs. Vous acquerez les compétences requises pour l'examen d'agrément en soins infirmiers intensifs de l'AIIC.

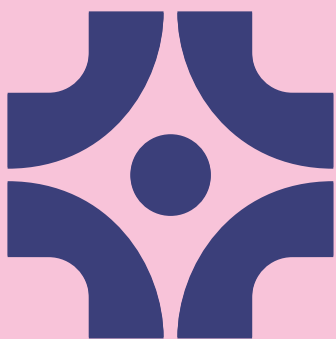


Université Laurentienne
Laurentian University

Inscrivez-vous dès aujourd'hui.

laurentian.ca/critical-care





Formation continue

Planifiez vos activités 2023

Près de 100 formations selon plusieurs modes d'enseignement, c'est ce que vous propose l'OIIQ pour mieux répondre à vos besoins de développement professionnel.

En salle

Avec formateur, en présentiel

Une formule classique et indémodable

À distance

Avec formateur, en virtuel

Un peu comme une formation en salle, mais sans déplacement

En ligne

Sans formateur, en virtuel

À faire de façon autonome, où vous le voulez, quand vous le voulez

Articles-questionnaires

Sans formateur, en virtuel

Pour valider vos apprentissages après lecture d'articles de *Perspective infirmière*

Découvrez les formations OIIQ
et inscrivez-vous sur oiiq.org/formation.

Cas clinique

M^{me} LÉTOURNEAU

M^{me} Létourneau, âgée de 59 ans, est retraitée depuis peu, séparée de son conjoint depuis dix ans, et vit seule avec sa fille. En raison d'un adénocarcinome, elle est hospitalisée pour une résection antérieure du rectum. Une iléostomie temporaire a été effectuée.

Lors des soins de la stomie, M^{me} Létourneau détourne son regard et évite de se mobiliser par crainte de fuites. Face à cette réaction, vous lui demandez comment elle se sent ; elle vous fait part de ses inquiétudes sur son mode de vie avec la stomie, sur le temps qu'elle devra passer dans les hôpitaux jusqu'à sa mort et sur la pertinence de vivre ainsi. À la lecture de son dossier, vous constatez que M^{me} Létourneau a déjà été traitée pour un épisode dépressif à la suite de sa séparation.

Que pensez-vous de cette situation et comment allez-vous poursuivre votre conversation avec M^{me} Létourneau?

Intégrer l'évaluation de la condition mentale dans la pratique clinique courante

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Après avoir lu cet article, vous serez en mesure :

01 D'EXPLIQUER

pourquoi l'évaluation de la condition mentale par l'ensemble des infirmières et infirmiers est incontournable.

02 DE DÉCRIRE

les stratégies à appliquer pour intégrer à votre pratique courante l'évaluation de la condition mentale des personnes soignées.

03 DE RÉSUMER

les modalités d'application de l'évaluation de la condition mentale dans différentes situations cliniques.

par **CLAIRE PAGE, inf., Ph. D.** et **HÉLÈNE OUELLET, inf., M. Sc.**

ÉVALUER LA CONDITION MENTALE N'EST PAS OPTIONNEL

Depuis toujours, les infirmières évaluent la condition de santé de leurs patients (Delmas, Cloutier et Dall'ava, 2011). D'ailleurs, il y a plus de 160 ans, Florence Nightingale écrivait déjà ceci : « [...] même si l'habitude d'observer avec diligence et justesse ne fera pas de nous, à elle seule, des infirmières utiles, sans elle, nous serions inutiles, malgré tout notre dévouement » (Gottlieb, 2014). Aujourd'hui, l'évaluation¹ clinique de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique et la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques figurent parmi les 17 activités réservées à l'infirmière (OIIQ, 2016). La surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques « fait partie de la pratique courante des infirmières et s'inscrit dans l'évaluation en cours d'évolution » (OIIQ, 2016).

Bien que la portée du rôle des infirmières par rapport à l'évaluation de la condition mentale soit cruciale, cette activité demeure trop peu exercée par l'ensemble des infirmières dans leur pratique courante. En 2009, une étude menée auprès de 211 infirmières du Québec indiquait que 53,6 % d'entre elles ne procédaient que rarement ou jamais à l'évaluation de la condition mentale (Chapados et al., 2011). Dans le même ordre d'idées, le Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession affirme à l'aide d'études que près de 20 ans après la redéfinition du champ d'exercice et des activités réservés à la profession infirmière, bon nombre d'infirmières « ne procèdent pas à l'évaluation de la condition de

1. Évaluer signifie : « poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne et en communiquer les conclusions » (OIIQ, 2016).

santé physique et mentale des personnes, à la surveillance clinique, ainsi qu'au suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes, des actes pourtant jugés centraux en pratique infirmière » (Ducharme et Salois, 2021).

POURQUOI FAUT-IL ÉVALUER LA CONDITION MENTALE?

Pour la personne soignée

La prévalence élevée des troubles mentaux, leur comorbidité et la surmortalité constituent une réalité qui interpelle directement l'ensemble des infirmières (Page et Banville, 2011). Près de 20 % de la population québécoise sera affectée par un trouble mental au cours de sa vie (INSPQ, 2012), lequel peut se manifester sous diverses formes (Encadré 1).

Encadré 1

EXEMPLES DE TYPES DE TROUBLES MENTAUX

Troubles anxieux et dépression

Ils touchent environ, respectivement, 10 % et 5 % de la population (INSPQ, 2012).

Consommation d'alcool considérée comme abusive

Elle touche plus de 20 % des Québécois (Statistique Canada, 2019).

Troubles mentaux graves (ex. : schizophrénie)

Ils touchent environ 2 % de la population (MSSS, 2022).

Les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus nombreuses que la population générale à développer des problèmes de santé physique, souvent chroniques. Inversement, les personnes souffrant d'une maladie chronique sont plus susceptibles de développer un trouble mental (Cassell et al., 2018; Iacovides et Siamouli, 2008). Par exemple, la dépression majeure, les troubles du spectre schizophrénique, la psychose, les troubles anxieux, les troubles bipolaires et les troubles de l'alimentation sont couramment liés au diabète, au cancer, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires chroniques, à l'arthrite et aux maladies inflammatoires de l'intestin (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2021). Conséquemment, au Québec, on constate que l'espérance de vie des hommes atteints de troubles mentaux est réduite de huit ans comparativement à l'ensemble des hommes (INSPQ, 2012). Quant aux femmes, cet écart est réduit de cinq ans. Le nombre de décès plus élevé qu'attendu est en partie expliqué par le suicide, mais aussi par diverses maladies.

Les troubles mentaux touchent différents groupes de la population, comme les jeunes en milieu scolaire, les femmes en suivi de grossesse, les personnes traitées pour un cancer ou celles vivant avec les inconvénients d'une maladie chronique. Ainsi, il importe pour plusieurs personnes soignées que leur condition de santé mentale soit évaluée et prise en compte. L'identification des facteurs de risques et la détection rapide d'un problème de santé mentale peuvent aider la personne soignée à s'engager dans la recherche et la mise en œuvre de moyens pour prévenir les problèmes ou en limiter l'aggravation.

Les troubles mentaux affectent également la façon dont une personne ayant un problème de santé physique s'engage dans les décisions et les actions à prendre. Plus le trouble mental est important, plus le risque de complications augmente et plus le rétablissement peut être long et pénible. Des symptômes comme l'anxiété, la méfiance ou les perturbations de la pensée risquent d'être exacerbés par le stress causé par une affection médicale. La personne dont on a évalué la condition mentale peut alors recevoir des soins mieux adaptés à son état. Des retards de traitement ou des traitements non indiqués peuvent être ainsi évités, de même que des événements graves comme des actes violents ou suicidaires.

L'entretien d'évaluation avec l'infirmière est un moment où la personne peut exprimer avec confiance ses préoccupations et se sentir comprise. Les questions sur ses attentes et ses préférences lui permettent de se sentir respectée. Le fait de ressentir l'intérêt sincère de la

part de l'infirmière durant l'entretien peut lui procurer un soulagement et même constituer un traitement en soi (Shea, 2005).

Pour l'infirmière

Toutes les infirmières veulent dispenser de bons soins et obtenir les meilleurs résultats possible pour les personnes qu'elles soignent. Elles veulent se reconnaître et être reconnues comme des professionnelles compétentes dont les soins sont utiles et bénéfiques. Or, la reconnaissance de la profession infirmière passe d'abord et avant tout par la pleine occupation du champ d'exercice, dont fait partie l'évaluation de la condition mentale (Ducharme et Salois, 2021). Dispenser des soins qui répondent aux besoins réels de la personne et de ses proches, à partir d'une évaluation rigoureuse, permet de nourrir des sentiments d'autonomie et d'accomplissement, lesquels soutiennent la motivation et l'engagement.

L'évaluation de la condition mentale exige la création d'une alliance thérapeutique. Sur le plan humain, ces rencontres réelles avec des personnes et parfois leurs proches procurent de la satisfaction chez l'infirmière. Elles sont des opportunités précieuses de croissance sur les plans personnel et professionnel. L'évaluation de la condition mentale contribue également à concilier les soins avec une approche humaniste, holistique et centrée sur la personne – des valeurs fondamentales à la pratique infirmière (McCormack et McCance, 2017).

Cas clinique (suite)

Le découragement exprimé par M^{me} Létourneau vous surprend et vous met mal à l'aise. Vous pourriez être tentée de chercher à la rassurer; cependant, vous savez qu'une telle intervention aurait comme effet de mettre un frein à l'expression de ses émotions. Vous savez aussi que la condition mentale de M^{me} Létourneau risque d'affecter son engagement envers ses traitements et son rétablissement. Vous décidez de lui parler en lui demandant ce qui est le plus difficile pour elle. Elle vous répond sur un ton abattu qu'elle se sent humiliée, mutilée, dégradée. Elle continue sur cette lancée pendant quelques minutes. Vous l'écoutez attentivement, puis elle s'excuse de vous raconter tout cela. Elle évite d'en parler avec sa fille par crainte de l'inquiéter ou de l'ennuyer.

Quels effets cet entretien avec vous a-t-il pu avoir sur M^{me} Létourneau? Comment vous sentez-vous après cette discussion?

Pour le réseau de la santé et des services sociaux

Le récent *Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM)*, en voie d'implantation (MSSS, 2020a), ainsi que le *Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026* (MSSS, 2022) visent à améliorer l'accès aux soins et aux services en santé mentale adaptés aux besoins de la personne. Fondées sur le modèle de soins par étapes, les orientations adoptées prévoient d'offrir d'abord les traitements les moins intenses, les plus simples et les moins coûteux, et démontrés comme étant les plus efficaces (Tableau 1).

Le PQPTM mise sur l'implication de tous les intervenants, professionnels ou non, dans le repérage des troubles mentaux fréquents et la mesure clinique en continu en vue d'orienter au besoin une personne vers une évaluation du trouble mental par une personne habilitée ou des services plus spécialisés. On compare la mesure clinique en continu, à l'aide de différents questionnaires autoadministrés, à une mesure périodique de la glycémie pour une personne diabétique ou de la pression artérielle dans les cas d'hypertension (MSSS, 2020b). Ce mouvement corrobore l'importance d'intégrer l'évaluation de la condition mentale dans la pratique infirmière courante.

Tableau 1
MODÈLE DE SOINS PAR ÉTAPES

PREMIÈRE ÉTAPE	Comprendre : • le repérage; • l'évaluation du trouble mental; • l'éducation psychologique; • la surveillance active; • l'orientation aux fins d'évaluation du trouble mental ou de traitements.
DEUXIÈME ÉTAPE	Lorsque le trouble s'avère sous le seuil clinique, ou de léger à moyen, s'ajoutent : • les autosoins dirigés ou non et les groupes d'autosoins; • les groupes de soutien ou d'entraide; • les services de soutien à l'éducation et à l'emploi; • les orientations aux fins d'évaluation ou de traitement.
TROISIÈME ÉTAPE	En l'absence de réponse significative aux deux premières étapes, ou si l'état de la personne le nécessite, s'ajoutent des traitements plus intenses, plus spécialisés et plus coûteux, tels que : • la psychothérapie; • la pharmacothérapie; • les traitements combinés.

Adapté du MSSS, 2019, p. 14-15

INTÉGRER L'ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE DANS LA PRATIQUE CLINIQUE COURANTE

Appropriation du rôle

Les infirmières doivent procéder à l'évaluation requise pour l'état de santé des personnes qu'elles soignent, comme le rappelle l'article 44 du Code de déontologie des infirmières et infirmiers (Encadré 2).

Encadré 2
ARTICLE 44

L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués au client ou au sujet de recherche. Notamment, l'infirmière ou l'infirmier doit :

1. procéder à l'évaluation requise par son état de santé;
2. intervenir promptement auprès du client lorsque son état de santé l'exige;
3. assurer la surveillance clinique et le suivi requis par son état de santé;
4. prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements.

Pour plusieurs infirmières, l'évaluation et les soins en lien avec la santé mentale ne font pas partie de leur rôle, mais relèvent d'autres infirmières détenant une expertise dans ce domaine ou d'autres professionnels de la santé (Ross et Goldner, 2009). Certaines infirmières ont l'impression que les personnes atteintes d'un trouble mental ne sont pas à leur place sur une unité de soins généraux, même lorsque leur condition mentale est stable et qu'elles collaborent bien avec le personnel soignant. Ces tendances à reléguer rapidement les personnes présentant des troubles mentaux à des services spécialisés traduisent une dichotomie entre la santé mentale et physique, laquelle diverge de l'approche holistique centrée sur la personne (Lafontaine et al., 2022).

De plus, certaines infirmières ont l'impression que les soins en santé mentale ne sont pas de « vrais soins » (Happell et al., 2013) et que le temps requis pour évaluer la condition mentale entre en conflit avec les pressions de performance qui leur sont imposées. Cette activité est alors souvent vue comme un fardeau et une surcharge. Prendre ce temps suscite parfois de la désapprobation des membres de l'équipe de soins, y compris certains gestionnaires. L'efficacité et la productivité se mesurent plus aisément pour des soins physiques que pour des activités moins observables comme l'évaluation de la condition mentale.

Les infirmières doivent avant tout saisir leur rôle par rapport à l'évaluation de la condition mentale et en reconnaître la nécessité (Lafontaine et al., 2022). Dans l'organisation, il doit être clair pour l'ensemble des infirmières qu'on s'attend à ce qu'elles évaluent la condition mentale autant que la condition physique des personnes qu'elles soignent. Faut-il ajouter qu'elles doivent disposer de temps, de ressources et de lieux adéquats pour le faire de façon confidentielle et sécuritaire, ce qui d'ailleurs témoigne de la légitimité du rôle de l'infirmière (Doyon et Longpré, 2022).

Connaître les multiples enjeux auxquels le réseau de la santé et des services sociaux est confronté et comprendre les orientations établies permettent à l'infirmière d'y situer sa contribution dans un système plus large. Elle doit réaliser comment l'exercice de sa profession est bénéfique non seulement pour la personne soignée et ses proches, mais aussi pour le bien-être de toute la population.

Leadership clinique

Les commissaires Francine Ducharme et Robert Salois (2021) soulignent dans leur rapport l'affaiblissement du leadership infirmier. Ce dernier résulte, entre autres, des réformes successives du réseau de la santé et des services sociaux, du nombre croissant des supérieurs immédiats non infirmiers, de la diminution d'infirmières occupant des fonctions d'encadrement et de soutien clinique infirmiers, de même que de la création de mégastructures éloignant les directions de soins infirmiers des milieux de pratique. Tous ces facteurs peuvent entraver l'appropriation de l'évaluation de la condition mentale. Le soutien organisationnel et le soutien clinique infirmier constituent donc des facteurs importants pour réaliser un réel virage en faveur de la pleine occupation du champ d'exercice infirmier.



**Groupe Roy
Santé**

Centre Le Royer | CHSLD St-Georges
(Anjou) | (Plateau-Mont-Royal)

Nos valeurs et avantages

Gestion humaine des ressources

Entreprise en santé

Milieu familial et gestion de proximité

Accompagnement et formation continue

Autonomie professionnelle et leadership

... et surtout, **pas de temps
supplémentaire obligatoire!**



Postulez dès maintenant

emploi.groys@ssss.gouv.qc.ca

L'ensemble des infirmières doit exercer un leadership clinique individuel et collectif fort pour intégrer l'évaluation de la condition mentale dans la pratique courante. Cela implique de remettre en question les façons de faire, d'adopter une vision commune et de créer un environnement qui valorise l'évaluation de la condition mentale. Le leadership clinique suppose une culture d'apprentissage et de développement professionnel maintenue tout au long de la carrière (Godin, 2018). Les infirmières doivent se soutenir pour préserver leur enthousiasme et leur motivation en vue de viser l'excellence en dépit de leurs conditions de travail difficiles.

Connaissances et habiletés

Plusieurs infirmières rapportent un manque de connaissances et d'habiletés pour évaluer la condition mentale (Alexander, Ellis et Barrett, 2016; Girard, 2016; Marynowski-Traczyk et Broadbent, 2011; Saumur, 2016; Ross et Goldner, 2009). D'autant de leurs compétences, elles se sentent inconfortables et inadéquates. Certaines infirmières craignent même que leurs interventions aggravent la situation clinique de leur patient.

Les programmes de formation initiale pour accéder à la profession doivent permettre l'acquisition de connaissances et d'habiletés dans le but d'évaluer la condition mentale d'une personne. Dès le début de la formation, la segmentation entre la santé mentale et la santé physique doit être évitée en prenant en compte, dans les études de cas, des paramètres tant de la santé mentale que de la santé physique. Il sera ainsi possible de transférer dans la pratique infirmière une approche holistique de la personne (Lafontaine et al., 2022).

La formation continue doit viser à maintenir et à renforcer les habiletés de communication, telles que l'empathie et l'écoute active, pour aider les infirmières à aborder avec aisance des sujets sensibles comme la détresse ou les idées suicidaires. Elle doit aussi renforcer les compétences relatives à l'art de mener à bien un entretien d'évaluation. Connaître les facteurs de risque et les manifestations des différents troubles mentaux permet d'orienter efficacement l'évaluation. Les troubles mentaux sont décrits dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), la nomenclature généralement utilisée au Québec.

Les formations en ligne sont aussi une autre option valable et peu coûteuse. Leur efficacité pour augmenter les connaissances tout en améliorant les attitudes à l'endroit des personnes ayant un trouble mental est reconnue (Ouellet, 2018; Ouellet, Page, 2021). Elles ont l'avantage de pouvoir être suivies au moment, à l'endroit et au rythme qui conviennent à l'infirmière.

L'exposition clinique soutenue par des modèles de rôle ayant une expertise en santé mentale et des programmes de mentorat est certainement très utile au chapitre du renforcement des connaissances (Alexander et al., 2016; Girard et al., 2019). Les infirmières doivent connaître ces ressources disponibles dans leur milieu de pratique et y avoir recours sans hésiter.

Toutefois, un sentiment de manque de compétence peut perdurer en dépit de connaissances suffisantes (Van der Kluit et Goossens, 2011).

Le soutien professionnel et le ressourcement doivent donc permettre, en plus de garantir la disponibilité des habiletés appropriées de soutenir la confiance des infirmières à l'égard de leurs compétences.

Attitude

Encore beaucoup de préjugés défavorables sont véhiculés à l'égard des personnes ayant un trouble mental, non seulement dans la population, mais aussi chez les professionnels de la santé. Les infirmières ne font malheureusement pas exception (Ross et Goldner, 2009; Stuart, Arboleda-Flórez et Sartorius, 2011). Le fait de croire que les personnes atteintes de troubles mentaux manquent de volonté, qu'elles ne font pas les efforts nécessaires pour améliorer leur situation ou qu'elles sont dangereuses en est un exemple (Ouellet, 2018).

Les symptômes des différents troubles mentaux sont parfois déconcertants, comme les gestes d'automutilation ou les hallucinations. Ils peuvent susciter de la peur, de l'inconfort ou de la frustration chez les infirmières. Pour éviter ces malaises, ces dernières peuvent inconsciemment avoir tendance à demeurer distantes de la personne ou à se concentrer essentiellement sur les soins physiques. Certaines se comportent comme si le problème de santé mentale n'existait pas, veillant à éviter d'ouvrir une boîte de Pandore. Il risque alors de s'ensuivre un désengagement de la personne, une perte de confiance et parfois même des comportements agressifs réactionnels (Alexander et al., 2016).

L'évaluation de la condition mentale ne peut se faire sans une attitude d'ouverture, d'acceptation et de compréhension. Il importe donc que les infirmières clarifient leurs croyances, leurs réticences ou leurs craintes envers les personnes atteintes de troubles mentaux (Alexander et al., 2016; Tognazzini et al., 2008). Des connaissances solides sur les troubles mentaux et des contacts avec des personnes qui se sont rétablies peuvent contribuer à dissiper les attitudes négatives (Bélanger, 2016; Griffiths et al., 2014; Martínez-Martínez et al., 2019).

Ambiguïté et incertitude

Les problématiques de santé mentale sont abstraites et complexes. De multiples facteurs sont impliqués dans l'apparition des troubles mentaux et ceux-ci affectent toutes les dimensions de la vie de la personne. Les cadres de l'évaluation en santé mentale sont par conséquent moins bien définis et délimités que ceux en santé physique. Les paramètres, comme l'humeur ou la pensée, sont moins concrets que des signes vitaux ou des résultats de laboratoire. Les diagnostics proviennent d'un consensus établi entre experts. Il n'existe pas de technologie précise pour atteindre des buts. Par exemple, les résultats d'une étude qualitative réalisée par Hyvönen et Nikkonen (2004), visant à identifier les outils utilisés en santé mentale par des infirmières et des médecins dans des services de première ligne, indiquent que des professionnels détenant des formations semblables interviennent souvent différemment dans des situations similaires. Plus encore, le même clinicien peut agir différemment dans des situations semblables, mais qui surviennent à différents moments.

Le gouvernement
doit écouter
les solutions
des infirmières



**Du bon
bord**

Du bord
des bonnes
conditions d'exercice

Ainsi, l'incertitude et l'ambiguïté qui caractérisent le domaine de la santé mentale peuvent engendrer le sentiment inconfortable de manquer de maîtrise sur la situation ou de douter sur ses capacités d'agir adéquatement. L'infirmière doit accepter et apprivoiser l'incertitude. Elle doit apprendre à s'engager dans une relation de partenariat avec une grande dose de flexibilité et de créativité.

Rétablissement

Le caractère récurrent des symptômes des troubles mentaux et les visites répétées à l'urgence peuvent susciter de l'impuissance chez les infirmières. Et parce qu'elles croient que la situation ne pourrait être améliorée malgré tous les efforts possibles, l'évaluation de la condition mentale peut sembler inutile.

Les infirmières ont besoin de savoir qu'il existe des traitements efficaces pour la grande majorité des troubles mentaux, et que plus le trouble est détecté tôt, plus l'aide peut s'avérer efficace. La récurrence et les variations de l'intensité des symptômes doivent être perçues comme possibles, tout comme c'est le cas des maladies telles que l'asthme ou la maladie de Crohn.

Les infirmières doivent aussi comprendre le concept de rétablissement en santé mentale (Marynowski-Traczyk et Broadbent, 2011). Le rétablissement évoque généralement la disparition des symptômes et la guérison. En santé mentale, le rétablissement consiste à cheminer vers une vie satisfaisante et épanouissante, malgré le trouble mental et la présence possible de symptômes (MSSS, 2022). L'expérience du rétablissement est propre à chaque personne. Cette dernière est l'experte de sa propre expérience et doit être considérée comme telle (Wand et al. 2020).

ÉVALUER LA CONDITION MENTALE

Quand et quoi évaluer?

Plusieurs professionnels de la santé évaluent la santé mentale selon la portée de leur champ d'exercice. L'intention de l'infirmière consiste à développer une compréhension holistique de l'expérience santé-maladie de la personne (Austin et al., 2019; Wand et al., 2020). Au-delà des anomalies, des problèmes ou des limites, elle cherche à identifier les forces de la personne, ses ressources, ses stratégies pour surmonter ses difficultés, de même que ses buts et ses motivations. Elle cherche à comprendre comment la personne définit la santé et comment sa situation de santé affecte sa qualité de vie et ses activités quotidiennes (Austin et al., 2019).

L'évaluation complète de la condition mentale comprend un grand nombre de paramètres qui permettent d'orienter l'entretien de façon à obtenir les données pertinentes selon les différentes situations. Des cadres d'évaluation sont proposés dans de nombreux livres de référence en soins infirmiers où, essentiellement, les mêmes paramètres y figurent, mais parfois dans un ordre différent (Doyon et Longpré, 2022; Fortinash et Holoday-Worret, 2016; Jarvis, 2020; Townsend et Morgan, 2022). Aucun cadre n'est parfait ni ne parvient à satisfaire tous les cliniciens (Shea, 2005). Une adaptation est proposée au **Tableau 2**. L'infirmière peut d'ailleurs s'en inspirer pour l'adapter à sa convenance.

Évidemment, tous ces éléments n'ont pas à faire l'objet d'une évaluation en tout temps. Le type d'évaluation requis dans une situation donnée dépend de deux facteurs : les besoins immédiats de la personne et le milieu de soins (Austin et al., 2019). L'évaluation peut être également complète ou partielle. Le **Tableau 3** en présente différents exemples.

Tableau 2
CADRE DE L'ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE*

IDENTIFICATION	• Genre, âge, statut civil, enfants, occupation principale, origine ethnique
HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE	• Symptômes rapportés • Alimentation et sommeil • Problèmes de santé physique actuels ou conditions particulières • Situation stressante présente • Consommation d'alcool ou d'autres substances (mois dernier) • Potentiel suicidaire, danger pour soi ou autrui (mois dernier et immédiat) • Modalités thérapeutiques tentées, résultats, obstacles, adhésion
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS	• Épisodes passés des problèmes actuels • Troubles psychiatriques • Blessures auto-infligées, tentatives de suicide, comportements agressifs ou violents, problèmes judiciaires • Problèmes de santé physique et histoire obstétricale • Traitements (adhésion, effets)
ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	• Troubles psychiatriques • Tentatives de suicide et suicides, comportements agressifs ou violents • Problèmes de santé physique
ALLERGIES	• Réactions
HISTOIRE PERSONNELLE	• Contexte familial • Enfance, adolescence, vie adulte, retraite (impression générale et événements marquants)
FONCTIONNEMENT ET STYLE DE VIE	• Milieu de vie • Satisfaction des relations avec les proches significatifs • Soutien social ou familial, recherche d'aide • Ressources (connaissances, compétences, attitudes, ressources matérielles) • Fonctionnement dans le quotidien • Hobbies, loisirs, intérêts • Hygiène de vie (sommeil, alimentation, usage de substances, automédication, activité physique, immunisation, gestion du stress, littératie, vie sexuelle, utilisation d'Internet, visites chez le dentiste et l'optométriste) • Stratégies d'adaptation (efficaces et inefficaces) • Facteurs économiques, politiques ou environnementaux influençant la santé • Stress • Pratiques religieuses ou spirituelles • Croyances par rapport à la santé et à la maladie • Engagement social, politique, religieux ou bénévolat
PROJETS DE VIE	• Désirs et motivations
ÉTAT MENTAL	• Apparence • Disposition et attitude • Degré de coopération et fiabilité • Niveau d'activité • Langage (ton, expression, quantité, fluidité et structure) • Humeur et affect • Processus et contenu de la pensée • Fonctionnement cognitif (orientation, attention, concentration, jugement, mémoire, perception, sensorium) • Autocritique (<i>insight</i>)
ATTENTES	—
RÉSUMÉ ET ORIENTATION	—

* Doyon et Longpré proposent de regrouper les éléments en six domaines : physiologique, cognitif, perceptif, de la pensée, émotionnel et relationnel.

Tableau 3
EXEMPLES D'ÉVALUATIONS PARTIELLES OU COMPLÈTES

SITUATION	ÉVALUATION
Une dame reçoit des traitements en oncologie. Vous lui demandez comment elle vit cette situation. Elle répond : « J'ai fait du chemin depuis l'annonce du diagnostic. Ce n'est pas une partie de plaisir, mais je fais confiance aux traitements! Je profite de mon congé pour prendre soin de moi. Je fais ce qui me plaît : marcher en plein air, bricoler. Mon conjoint m'aide. Mes parents aussi. Je vais passer à travers ». Madame n'a aucun antécédent personnel ou familial de problèmes de santé mentale. Elle dit ne pas se sentir exagérément triste ou anxieuse malgré sa situation. Elle est souriante et bien mise.	Dans cette situation, l'observation et quelques questions suffisent. Par contre, les résultats de l'évaluation n'étant qu'un portrait capté au moment de l'entretien, ils pourraient varier grandement quelques jours plus tard (Austin et al., 2019). L'infirmière vérifiera à nouveau l'apparition de symptômes dépressifs ou anxieux lors de son prochain traitement.
Un homme de 45 ans est hospitalisé en cardiologie. Il est très poli et coopératif. Il demande très peu.	Sur des unités de soins généraux ou autres, les gens ne formulent que rarement une demande d'aide en lien avec leur santé mentale. Le trouble cardiaque est un facteur de risque d'un état dépressif ou anxieux qui peut affecter les résultats cliniques. Dans cette situation, il importe d'évaluer la condition mentale en dépit de l'absence de signes indiquant un problème.
Une mère demande de l'aide pour son fils qui lui semble plus taciturne et isolé que d'habitude, et dont les résultats scolaires se dégradent depuis quelques mois. Madame a vu la question lancée par son fils sur le Web : « Comment se suicider avec peu de moyens? » Le jeune répond brièvement à vos questions. Il nie penser au suicide et affirme qu'il se sent bien.	Dans cet exemple, la demande provient d'un proche et non de la personne elle-même. Le changement de la façon d'être du jeune homme est l'indice d'un problème de santé mentale nécessitant une évaluation approfondie et probablement un suivi. Les informations rapportées par la mère font partie de l'évaluation. L'infirmière va s'entretenir avec le jeune homme pour évaluer sa condition mentale et le potentiel suicidaire. L'alliance thérapeutique est cruciale pour obtenir les données les plus valides possibles.
Un homme atteint de schizophrénie, est hospitalisé pour une péritonite. Il collabore bien aux soins. Au cours de l'évaluation de sa condition mentale, il avoue entendre des voix. Celles-ci sont peu menaçantes. Il s'y est habitué et a appris à ne pas leur accorder d'attention.	Ici, la situation inhabituelle et anxiogène entraînée par le problème de santé aigu et l'hospitalisation risque d'exacerber les manifestations de la schizophrénie. La surveillance clinique portant principalement sur les symptômes psychotiques permettra de les détecter rapidement et de faire en sorte que ses traitements soient ajustés.



Lisez l'article

**Intégrer
l'évaluation de la
condition mentale
dans la pratique
clinique courante**

2-ACFA par article

Cas clinique (suite)

Vous complétez l'évaluation de la condition mentale de M^{me} Létourneau et vous lui dites : « Je vois que cette stomie vous décourage et j'ai vu à votre dossier que vous avez déjà été traitée pour une dépression. Si vous êtes d'accord, j'aimerais vraiment comprendre ce que vous vivez pour pouvoir vous aider de la meilleure façon possible. Pourrait-on se parler quelques minutes? » M^{me} Létourneau accepte de bon gré.

Par l'observation, vous détenez déjà plusieurs données sur son état mental : regard triste, traits tirés, apparence plus âgée, discours ralenti et monotone, capacité de concentration légèrement diminuée. Vous pouvez déjà qualifier son humeur et son affect de tristes. En conversant avec elle, vous obtenez d'autres informations, dont la perturbation du sommeil, la perte d'appétit (perte de poids de 15 kg depuis les six derniers mois), le manque d'énergie, la perte d'intérêt pour à peu près tout, les forts sentiments de culpabilité, l'inquiétude pour sa fille, les sentiments de solitude et la consommation excessive d'alcool. M^{me} Létourneau nie avoir vécu des expériences pouvant indiquer des hallucinations ou d'autres symptômes psychotiques. Sa mémoire est intacte, elle a un haut niveau de littératie, ne connaît aucun problème financier et rencontre une amie chaque semaine.

Vous évaluez rigoureusement le potentiel suicidaire et concluez qu'il s'agit de pensées suicidaires passives.

**Répondez au
questionnaire
pour valider vos
acquis et cumulez
des heures
de formation
continue.**

**Visitez
oiiq.org/
formation**

Comment aborder les thèmes relatifs à la santé mentale?

L'évaluation en santé mentale est bien plus que le simple fait de poser des questions à propos de signes et de symptômes (Austin et al., 2019). Un entretien très structuré et rigide, une série de questions prédéterminées ou une grille à cocher sont utiles dans les situations urgentes, mais ne permettent pas de considérer les circonstances, les buts, les valeurs ou les préférences de la personne (Wand et al., 2020). Ces méthodes risquent surtout de donner plus l'impression d'un interrogatoire ayant comme seul but de collecter des données que d'une conversation naturelle avec un professionnel compétent et intéressé (Fortinash et Holoday-Worret, 2016).

L'évaluation en santé mentale consiste avant tout à écouter la personne lors d'un entretien semi-directif et complété par des questions plus précises si nécessaire (Shea, 2005). Par une attitude empreinte d'empathie, l'infirmière démontre à la personne qu'elle s'intéresse à elle et non seulement à ses symptômes. Deux qualités de l'intervieweur peuvent être facilement perçues par les clients, peu importe leur culture : ce sont l'intérêt et la sincérité (Shea, 2005). Plus la personne se sent en confiance, plus elle livrera des informations valides et utiles.

Certaines infirmières sont portées à considérer les personnes atteintes d'un trouble mental comme étant peu crédibles et à accorder moins d'importance à leurs points de vue (Blais et Mulligan-Roy, 1998). Elles risquent dans ce cas d'adopter une attitude autoritaire ou surprotectrice. Il importe donc d'aborder la personne comme tout autre patient. Pour comprendre sa perspective, il faut faire preuve de curiosité et de flexibilité, et ce, surtout lorsque le trouble mental entraîne des comportements surprenants ou dérangeants. L'infirmière doit demeurer consciente de ses propres pensées et émotions tout au long de l'entretien (Gottlieb, 2014) en vue d'obtenir des informations utiles renseignant sur l'état mental de la personne. Par exemple, la peur pourrait indiquer un potentiel de violence chez la personne, alors que l'agacement pourrait être l'indice d'un manque de fiabilité des propos rapportés.

Quels outils utiliser?

Il existe plusieurs outils standardisés pour évaluer différentes dimensions de la santé mentale chez un patient. L'infirmière peut les utiliser pour compléter, valider et confirmer ce qu'elle a appris lors des conversations avec le patient et sa famille. Ils ne peuvent cependant pas remplacer le devoir d'écouter leur histoire (Gottlieb, 2014; Shea, 2005).

Le PQPTM recommande aux intervenants et professionnels d'utiliser le Questionnaire sur la santé du patient – 9 (QSP-9) et le Questionnaire sur le trouble d'anxiété généralisée (GAD-7). Le QSP-9 (neuf questions) vise à repérer la présence des symptômes dépressifs chez des personnes à risque et d'en apprécier l'intensité (INESSS, 2015). Il est aussi utilisé pour évaluer la réponse aux traitements. La version courte du QSP-2 ne comprend que les deux premières questions du QSP-9, soit celles ayant trait au sentiment de tristesse et au manque d'intérêt. Si le patient répond positivement à l'une d'entre elles, le QSP-9 est utilisé pour mieux examiner son état mental ainsi que ses difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales. Le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale) (sept questions) est un questionnaire d'appréciation des symptômes d'anxiété (Canuel et al., 2019). Une version courte comprenant les deux premières questions (GAD-2) peut aussi être utilisée.

Ainsi, pour dépister les symptômes de dépression ou d'anxiété, un intervenant qui utiliserait les versions courtes du QSP-9 et du GAD-7 poserait la question suivante : « Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants : un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension, une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes, peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses, vous sentir triste, déprimé ou désespéré. » Si l'une de ces réponses est positive, l'intervenant compléterait l'évaluation à l'aide du QSP-9 ou du GAD-7.

Communiquer les résultats et assurer le suivi

Les soins de qualité commencent par des observations justes et détaillées ainsi que des constats d'évaluation clairement communiqués. Des

notes pertinentes et bien rédigées contribuent à affirmer le caractère autonome de la pratique infirmière (Brassard, 2013). Cet exercice peut paraître difficile et exigeant, mais il sera moins vu comme une corvée rebutante si on le considère comme une partie essentielle d'un processus de soins de qualité (Shea, 2005). Les notes doivent être utiles aux autres professionnels de l'équipe dans le but que le patient reçoive rapidement les meilleurs soins et traitements possibles. En permettant à tous de comparer la présentation clinique actuelle du patient avec les précédentes, elles sont utiles pour déterminer des signes d'amélioration ou de détérioration. Aussi, rédiger les notes permet de découvrir des aspects importants qui ont pu être oubliés lors de l'entretien. Les omissions répétées d'un patient à l'autre peuvent indiquer un point susceptible d'être amélioré.

Alors que l'ordre des thèmes abordés durant l'entretien change selon les situations, la note présente les informations regroupées dans une structure claire et précise inspirée d'un cadre tel que celui suggéré dans le **Tableau 2**. Les données en santé mentale sont plus subjectives que celles d'un examen physique. Des états tels que anxieux ou triste doivent être validés ou décrits par le comportement de la personne (Brassard, 2013) : « Présente un regard inquiet, tremblements des mains, se ronge les ongles. Confirme qu'il se sent anxieux ». Rapporter les données négatives indique que la présence de manifestations a été vérifiée : « Dit ne pas présenter les symptômes suivants : troubles du sommeil, changement de son appétit. Ne présente aucun signe d'hallucination auditive et nie en avoir » (Shea, 2005). Il est aussi utile de rapporter les aspects non vérifiés : « Antécédents familiaux non vérifiés. » Écrire la note immédiatement après l'entretien est plus facile et prend beaucoup moins de temps (Shea, 2005).



Cas clinique (suite et fin)

En vue de valider les symptômes dépressifs ou d'anxiété que vous avez relevés en discutant avec M^{me} Létourneau, vous lui posez les quatre questions du QSP-2 et du GAD-2, et elle y répond par l'affirmative. Vous approfondissez votre évaluation à l'aide du GAD-7 et du QSP-9, et les résultats indiquent une dépression modérément sévère (score : 16) et une anxiété légère (score : 8).

Vous portez au dossier votre note d'évaluation de la condition mentale de M^{me} Létourneau et avisez le médecin de votre constat d'évaluation. Vous ajustez le plan thérapeutique infirmier (PTI), puis dispensez les soins requis en collaboration avec les membres de votre équipe pendant son séjour sur l'unité. Lors du transfert, vous transmettez les informations pertinentes sur la condition mentale de votre cliente pour assurer la continuité des soins.

EN CONCLUSION

Les infirmières doivent évaluer non seulement la condition de santé physique des personnes qu'elles soignent, mais aussi leur condition de santé mentale. L'évaluation de la condition mentale permet d'adapter le parcours de soins aux besoins réels de la personne; une façon essentielle d'assurer des soins sécuritaires et de qualité. •



COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

Effectuer le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Cadre réglementaire

- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (Projet de loi n° 90), art. 12.
- Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers (3^e éd.), 2016.

Balises déontologiques

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 44.

Source : OIIQ, 2016

LES AUTEURES

CLAIRE PAGE

Inf., Ph. D.

Professeure retraitée au Département des sciences de la santé à l'Université du Québec à Rimouski. Présidente-fondatrice de Professionnels Avertis – Formation en ligne en santé mentale.

HÉLÈNE OUELLET

Inf., M. Sc.

Chargée de cours au Département des sciences de la santé à l'Université du Québec à Rimouski. Gestionnaire de projets pour Professionnels Avertis – Formation en ligne en santé mentale.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée.

RÉFÉRENCES

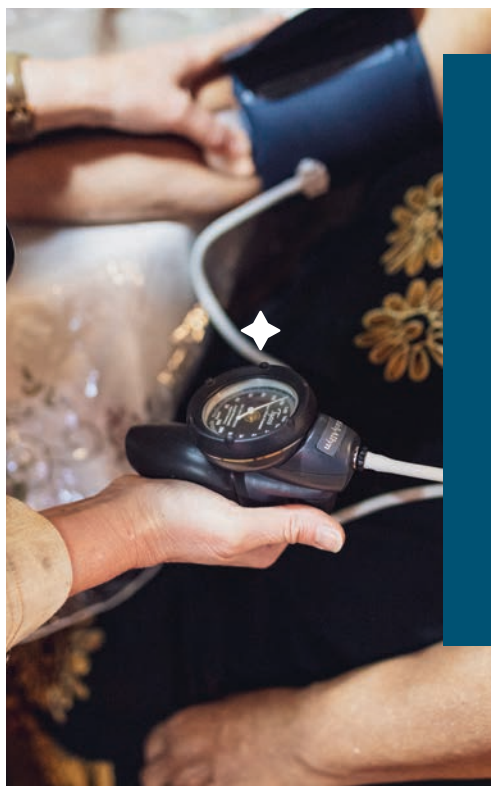
- Alexander, V., Ellis, H. et Barrett, B. (2016). «Medical-surgical nurses' perceptions of psychiatric patients: A review of the literature with clinical and practice applications». *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262-270.
- American Psychiatric Association (APA). (2015). «DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux». Paris: Elsevier Masson.
- Austin, W., Kunyk, D., Peternel-Taylor, C.A. et Boyd, M.A. (2019). «Psychiatric & mental health nursing for Canadian practice» (4^e éd.). Wolters Kluwer.
- Bélanger, S. (2016). «Faire ensemble et autrement – La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux». Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux – Direction de la santé mentale. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>
- Blais, L. et Mulligan-Roy, L. (1998). «Incapacité mentale et incapacités sociales». *Reflète*, 4(2), 87-103.
- Brassard, Y. (2013). «Apprendre à rédiger des notes d'évolution au dossier» (vol. 2). (5^e éd.). Longueuil, QC: Loze-Dion.
- Canuel, M., Gosselin, P., Duhoux, A., Brunet, A. et Lesage, A. (2019). «Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé mentale». Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2523>
- Cassell, A., Edwards, D., Harshfield, A., Rhodes, K., Brimicombe, J., ... Griffin, S. (2018). «The epidemiology of multimorbidity in primary care: A retrospective cohort study». *British Journal of General Practice*, 68(669), 245-251.
- Chapados, C., Larue, C., Pharand, D., Charland, S. et Charlin, B. (2011). «L'infirmière et l'évaluation de la santé – Où en sommes-nous?». *Perspective infirmière*, 8(5), 18-22.
- «Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2021). «Vers une meilleure santé mentale et physique: Prévenir et gérer les troubles mentaux et physiques concomitants – Étude de la portée et examen réaliste rapide». Ottawa: CSMC. Repéré à <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/11/MHCC-CPAC-Chronic-Disease-Report-FR-Final.pdf>
- Delmas, P., Cloutier, L. et Dall'ava, J. (2011). «L'examen clinique est une histoire ancienne dans la pratique infirmière». *Revue de l'infirmière*, 60(167), 31-33.
- Doyon, O. et Longpré, S. (2022). «Évaluation clinique d'une personne symptomatique» (2^e éd.). Saint-Laurent, QC: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Ducharme, F. et Salois, R. (2021). «Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec – Un changement porteur d'avenir. Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière». Repéré à

- <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Fortinash, K.M. et Holoday-Worret, P.A. (2016). «Soins infirmiers: santé mentale et psychiatrie» (2^e éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Girard, A. (2016). «Description de la pratique des infirmières en groupe de médecine de famille œuvrant auprès des personnes atteintes de maladies chroniques physiques et présentant des troubles mentaux courants» [Mémoire de maîtrise]. Chicoutimi, QC: Université du Québec à Chicoutimi.
- Girard, A., Ellefsen, É., Roberge, P., Carrier, J.-D. et Hudon, C. (2019). «Challenges of adopting the role of care manager when implementing the collaborative care model for people with common mental illnesses: A scoping review». *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 369-389. Repéré à <https://doi.org/10.1111/inm.12584>
- Godin, M.-J. (2018). «Le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader révélés par les récits de vie d'infirmières qui exercent ce leadership» [Thèse de doctorat]. Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke.
- Gottlieb, L.N. (2014). «Les soins infirmiers fondés sur les forces – La santé et la guérison de la personne et de la famille». Saint-Laurent, QC: Éditions du Renouveau Pédagogique.
- Griffiths, K.M., Carron-Arthur, B., Parsons, A. et Reid, R. (2014). «Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials». *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. Repéré à <https://doi.org/10.1002/wps.20129>
- Happell, B., Welch, T., Moxham, L. et Byrne, L. (2013). «Keeping the flame alight: Understanding and enhancing interest in mental health nursing as a career». *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(4), 161-165.
- Hyvönen, S. et Nikkonen, M. (2004). «Primary health care practitioners' tools for mental health». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(5), 514-524.
- Iacovides, A. et Siamouli, M. (2008). «Comorbid mental and somatic disorders: An epidemiological perspective». *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 417-421.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). «Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9 – version à neuf questions». Québec: INESSS. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatric/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2012). «Surveillance des troubles mentaux au Québec: prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services». Québec: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_Sur_TroublesMentauxQc_PrevMortaProfilUtilServices.pdf
- Jarvis, C. (2020). «L'examen clinique et l'évaluation de la santé» (3^e éd.). Montréal, QC: Chenelière Education.
- Lafontaine, S., Rassy, J., Duval-Martin, A.L., Girard, A., Marceau, M., ...

- Jacques, M.C. (2022). «Nursing interventions designed to improve healthcare in general healthcare settings for adults living with mental illness: A scoping review». *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 955-970.
- Martínez-Martínez, C., Sánchez-Martínez, V., Sales-Orts, R., Dinca, A., Richart-Martínez, M. et Ramos-Pichardo, J.D. (2019). «Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students». *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 735-743. Repéré à <https://doi.org/10.1111/inm.12578>
- Marynowski-Traczyn, D. et Broadbent, M. (2011). «What are the experiences of Emergency Department nurses in caring for clients with a mental illness in the Emergency Department?». *Australasian Emergency Care*, 14(3), 172-179. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.aen.2011.05.003>
- McCormack, B. et McCance, T. (2017). «Person-centred practice in nursing and healthcare—Theory and practice» (2^e éd.). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2019). «Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services – Guide de pratique clinique». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-11W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020a). «Programme québécois pour les troubles mentaux: des soins à la psychothérapie (PQPTM)». Québec: MSSS. Repéré à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2020b). «Document d'information à l'intention des établissements – Programme québécois pour les troubles mentaux: des soins à la psychothérapie (PQPTM)». Québec: MSSS. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022). «S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026». Québec: MSSS.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3^e éd.). Montréal: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcd8075e3>
- Ouellet, H. (2018). «Effet d'une intervention en santé mentale sur les connaissances, les attitudes et les intentions comportementales des infirmières et infirmiers d'urgence» [Mémoire de maîtrise]. Rimouski, QC: Université du Québec à Rimouski.

RÉFÉRENCES

Voir page 54



INSCRIVEZ-VOUS

Le programme de mentorat en soins palliatifs à domicile Croix Bleue du Québec^{MD} est une **formation accréditée gratuite.**

Offerte par Nova Soins à domicile, elle est disponible par visioconférence ou en personne pour tout le personnel infirmier de la province.



Pour vous inscrire ou obtenir plus d'information :

[novasoinsadomicile.ca/onglet FORMATION](https://novasoinsadomicile.ca/onglet%20FORMATION)

Viens vivre tes passions ici!

Statut particulier pour l'Outaouais, qui nous permet d'offrir les meilleures conditions au Québec

ciass-outaouais.gouv.qc.ca

SURPiED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED



Formation pour débutants en soins des pieds donnée par des infirmières

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 6 à 10 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.
- Cours conçus pour les infirmières et infirmiers
- Méthodes pédagogiques variées, techniques audiovisuelles, livres guides inclus
- Information et soutien pour démarrage d'entreprise

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISQP

Prochains cours :

INTENSIF : 23 janvier 2023
HYBRIDE : 1 mars 2023
HEBDOMADAIRE : 1 mars 2023

SURPiED.COM

514.990.8688
SANS FRAIS :
1.888.224.4197

SURPiED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Les formations de SURPiED peuvent donner droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC).

Le consentement aux soins : qui peut consentir?

Quels sont les éléments de réflexion de l'infirmière en matière de consentement aux soins? Afin de vous aider à structurer votre réflexion, nous vous proposons des mises en situation où des questionnements en regard du consentement peuvent survenir.

par **MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc. inf., syndique, en collaboration avec le Comité de rédaction**

Rappelons que la première règle est la suivante : sous réserve d'une limitation légale à la capacité, toute personne est présumée apte à consentir à des soins et il appartient à celui qui conteste cette aptitude d'en faire la démonstration (OIIQ, 2015). Il est important de souligner qu'en tout temps, sauf exception, le client doit consentir aux soins qu'il reçoit, et ce, de façon libre et éclairée (Code civil du Québec [C.c.Q.], art. 4). L'évaluation de l'aptitude d'une personne à consentir à des soins est une affaire de jugement clinique, lequel peut être guidé par certains critères (Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G., 1994).

Voici quelques pistes de réflexion, sans constituer une liste exhaustive, des différents éléments à considérer par l'infirmière en regard du consentement exprimé par le client ou son représentant.

- Avez-vous dirigé la personne vers les mesures d'assistance pour l'accompagner dans son processus de décision?
- Est-ce une situation urgente?
- Les soins sont-ils requis par l'état de santé ou non?
- S'agit-il d'un mineur de moins de 14 ans ou de 14 ans et plus (OIIQ, 2015)?
- Est-ce qu'une autre personne (proche parent, mandataire, tuteur) est en mesure de consentir à la place du client (consentement substitué)?
- Existe-t-il un cadre légal ou des documents légaux concernant la capacité du client à consentir aux soins?
- Est-ce que ses volontés ont été exprimées?

La Loi visant à mieux protéger les personnes en situation de vulnérabilité (Curateur public) renforce l'importance de l'accompagnement de la personne vulnérable en favorisant son autonomie et en tenant compte de ses volontés et préférences. Cette loi modifie l'approche des professionnels de la santé et du Curateur public auprès des personnes vulnérables.

Advenant un désaccord entre ceux qui pourraient donner un consentement substitué ou que la décision n'est pas dans l'intérêt du client, l'infirmière doit se référer aux autorités compétentes de son organisation (C.c.Q., art. 12).

Encadré 1 MISES EN SITUATION

1. Lors d'une situation d'urgence, la vie de la personne est menacée et le consentement aux soins ne peut être obtenu en temps utile. Il est essentiel de commencer les soins requis par l'état de santé du client (C.c.Q., art. 13). Par ailleurs, l'infirmière qui connaît les volontés du client se doit d'aviser l'équipe de soins afin qu'elles soient respectées (OIIQ, 2018).
2. Un adolescent de 15 ans se présente à l'urgence avec une blessure au visage après avoir reçu un coup de poing lors d'une bagarre. Ce jeune peut consentir aux soins sans l'autorisation de ses parents, puisqu'il est âgé de 14 ans et plus. Cependant, s'il demeure plus de 12 heures dans un établissement de santé, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur devra être informé de ce fait (C.c.Q., art. 14, al. 2).
3. Vous constatez qu'une personne majeure n'est pas apte à consentir aux soins. Dans ce cas, il est nécessaire d'obtenir un consentement substitué, c'est-à-dire qu'une autre personne doit consentir pour elle en raison de son incapacité à le faire seule. Vous devez d'abord vérifier s'il y a un mandat de protection homologué ou une tutelle au majeur, notamment au dossier du client. Dans l'affirmative, ce sera le mandataire ou le tuteur qui donnera le consentement. Dans le cas contraire, le consentement sera donné par le conjoint ou la conjointe ou, à défaut, un proche (C.c.Q., art. 15).

EN CONCLUSION

Rappelons que chaque situation est unique et que l'infirmière a la responsabilité de respecter ses obligations professionnelles en regard du consentement. Pour ce faire, elle doit notamment solliciter l'intervention des autres membres de l'équipe soignante ou les ressources appropriées de l'organisation au besoin. •



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez le site du Curateur public, notamment pour visionner les capsules d'information qui traitent de ce virage important pour mieux protéger les personnes vulnérables.

BIBLIOGRAPHIE

- «Code civil du Québec» (C.c.Q.), RLRQ, c. CCQ-1991.
Curateur public. Repéré à <https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/c/curateur/mieuxprotger.html>
Éducaloi (2021). «Consentir à des soins de santé ou les refuser». Repéré à <https://educaloi.qc.ca/capsules/consentir-a-des-soins-de-sante-ou-les-refuser/>
Éducaloi (2021). «Le consentement aux soins en cas d'urgence». Repéré à <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-en-cas-durgence/>
Éducaloi (2021). «Le consentement aux soins d'un adulte inapte». Repéré à <https://educaloi.qc.ca/capsules/consentement-aux-soins-adulte-qui-ne-peut-pas-consentir-seul/>
Éducaloi (2021). «Le consentement aux soins d'un enfant de moins de 14 ans». Repéré à <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-enfant-de-moins-de-14-ans/>
Éducaloi (2021). «Le consentement aux soins d'un mineur de 14 ans ou plus». Repéré à <https://educaloi.qc.ca/capsules/le-consentement-aux-soins-dun-mineur-de-14-ans-ou-plus/>
«Institut Philippe Pinel de Montréal c. A.G.», 1994 CanLII 6105 (QC CA).
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2015). «Standards de pratique pour l'infirmière en santé scolaire». Montréal: OIIQ.
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Réanimation cardiorespiratoire (RCR) – Obligations déontologiques». Repéré à <https://www.oiiq.org/reanimation-cardiorespiratoires-obligations-deontologiques?inheritRedirect=true>
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «Les obligations déontologiques de l'infirmière ou de l'infirmier et le consentement aux soins». Perspective infirmière, 18(3), 62-63. Repéré à <https://www.oiiq.org/les-obligations-deontologiques-de-l-infirmiere-et-le-consentement-aux-soins?inheritRedirect=true>

Le CELI soulève de nombreuses questions. Voyez-y plus clair afin d'en tirer pleinement profit.

Quelle est la cotisation maximale à un CELI ?

Elle s'élève à 6 000 \$ pour 2021 et 2022. Selon l'Agence du revenu du Canada, les droits de cotisation annuels augmenteront avec l'inflation.

Qu'advient-il si je dépasse la limite annuelle de cotisation à un CELI ?

Un impôt de 1 % par mois s'applique à la cotisation excédentaire tant qu'elle demeure dans le CELI au cours d'une même année civile (chaque début d'année marque une nouvelle période de cotisation). Ex., si vous avez déposé 1 000 \$ en trop dans votre CELI en décembre 2020, vous devrez payer une pénalité de 1 % de cette somme en impôt (10 \$ pour un mois de cotisation excédentaire). Le montant de 1 000 \$ sera soustrait en janvier 2021 de vos droits de cotisation, et il ne sera dès lors plus en excès.

Si je n'ai pas cotisé avant cette année, qu'arrive-t-il de mes droits de cotisation inutilisés ?

Ils se sont additionnés depuis la création du CELI en 2009. De 2009 à 2012, le plafond annuel de cotisation à un CELI était de 5 000 \$; en 2013 et 2014, 5 500 \$; en 2015, 10 000 \$; de 2016 à 2018, 5 500 \$; puis 6 000 \$ de 2019 à 2021. Si vous n'avez jamais cotisé à un CELI, vous avez donc 75 500 \$ en droits de cotisation (2009 à 2021). Vous pouvez cotiser ce montant en une seule année, si vous êtes un résident canadien détenant un numéro d'assurance sociale valide et ayant atteint l'âge de la majorité en 2009.

Déposer de l'argent comptant est-elle la seule façon de cotiser à un CELI ?

Effectuer une cotisation en titres à partir d'un compte non enregistré est aussi une option. L'Agence du revenu du Canada traitera alors cette transaction comme une vente, et si la juste valeur marchande est plus élevée que la valeur d'acquisition, vous devrez

déclarer un gain en capital. A contrario, vous ne pourrez déduire une perte (le montant de la cotisation sera égal à la juste valeur marchande du placement).

Quels types de placements sont admissibles dans un CELI ?

À titre d'investisseur autonome chez Banque Nationale Courtage direct, tous vos produits de placement le sont : actions, fonds négociés en bourse (FNB), options, fonds communs de placement, titres à revenu fixe (obligations) et certificats de placement garanti (CPG).

Si je retire de l'argent de mon CELI, comment y cotiser à nouveau par la suite ?

Les montants retirés d'un CELI sont exempts d'impôt. C'est la différence entre le CELI et le REER, dont les montants retirés s'ajoutent à votre revenu annuel, donc assujettis à l'impôt sur le revenu. Le montant retiré d'un CELI au cours d'une année civile s'ajoute aux droits de cotisation pour l'année suivante.

Le CELI sert-il à épargner à court terme ou pour la retraite ?

Les deux, mais son principal avantage est le rendement composé s'accumulant à l'abri de l'impôt à long terme.

Le CELI est-il un meilleur instrument d'épargne-retraite que le REER ?

Selon la majorité des planificateurs financiers, le REER reste la meilleure épargne-retraite pour la plupart des gens. Cependant, si vous prévoyez que votre taux d'imposition sera plus élevé à votre retraite (ex., si vous êtes actuellement aux études ou travaillez provisoirement à temps partiel), cotisez à un CELI en premier.

Si vous n'avez pas déjà ouvert un CELI, n'attendez plus : rien ne va mieux avec un compte d'épargne libre d'impôt qu'investir sans commissions !

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les infirmières et infirmiers à bnc.ca/infirmier.

Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le bnc.ca/etudiant-infirmier.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).



ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

Wâciye • Bonjour

Bienvenue chez nous

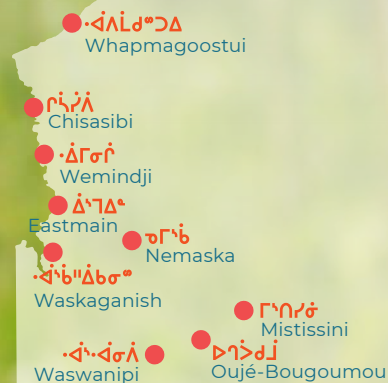
Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages sociaux

- Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse et CMC*)
- 8 CMC
- Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val-d'Or
- Formation offerte pour les CMC
- Primes d'éloignement, de rétention et autres primes offertes

Profil recherché

- Expérience en milieu hospitalier, santé communautaire, soins aigus ou en hémodialyse souhaitée
- Capacité d'adaptation
- Autonomie et sens des responsabilités
- Maturité professionnelle
- Maîtrise de l'anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)



Faites parvenir votre curriculum vitae à:

jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca

T 514-861-5955 F 514-989-7495

creehealth.org/fr/careers/job-postings



*Centre de Miyupimâtisiun (santé) Communautaire

Le CISSS de Lanaudière

recherche du personnel infirmier

- > Salle d'urgence
- > Soins intensifs
- > Chirurgie
- > Psychiatrie
- > Pédopsychiatrie
- > Hébergement

Ici, avec nous pour...

Un milieu de travail stimulant
avec des **équipes dévouées**.



Des **perspectives d'emploi**
à la hauteur de tes ambitions.



Une **qualité de vie et de pratique**
grâce à un travail à proximité
de ton domicile.



Joins-toi à nous!
ciss-lanaudiere.gouv.qc.ca/carrieres

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec

