

La Gérontoise



Association québécoise des infirmières
et infirmiers en gériatrie

Bien-être des aînés: des interventions à privilégier

Mot de la présidente	3
Éditorial	4
Recherche	5
- Les besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs et leurs attentes envers les professionnels de la santé face à ces besoins	5
- Décider de travailler auprès des aînés : représentations d'étudiants de professions relationnelles	8
Réflexions sur la pratique	17
- Utilisation de multiples stratégies afin de contrer les chutes : expérience vécue à l'unité transitoire de soins prolongés d'un hôpital de soins aigus	17
- De l'interdisciplinarité vers le domicile	21
- Des services et ressources à la portée des personnes atteintes d'arthrite et d'arthrose	23
In Memoriam	25
- Hommage à madame Thérèse Darche	
J'ai lu	
- Soigner en centre d'hébergement, repères éthiques	26



La Gérotoise

Janvier 2009, vol. 20, no 1

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary

Montréal H3W 1W5

courriel : www.aqiig.org

tél. : (514) 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG :

Francine Lincourt-Éthier

Rédaction

Directrice et

Rédactrice en chef : **Olivette Soucy**

Michel Vaillancourt

Secrétaire :

Luce Brazeau

Collaboratrices :

Marie Beaulieu

Louis Bolduc

Jean-Pierre Bouchard

Alain Coulombe

Nathalie Desjardins

Francis Etheridge

Philippe Hallé

Johanne Leblanc

Maria Alejandra Lynch

Claire Sanscartier

Johanne Senneville

Isabelle Yelle

Production

Composition : **Paule Galarneau**

Impression :

Bossy-Labelle inc.

Dépôt légal

1^{er} trimestre 2009

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1183-8051

POLITIQUE ÉDITORIALE

La Gérotoise est publiée deux fois par année par l'Association Québécoise des Infirmières et Infirmiers en Gérotoologie.

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la géronto-gériatrie. Elle présente les résultats des différentes recherches réalisées dans ce domaine, les projets cliniques et les expériences vécues dans les milieux de soins, les travaux d'étudiants universitaires. Les opinions émises n'engagent que les auteurs.

Tous les articles peuvent être reproduits à condition d'en spécifier la source.

Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

POLITIQUE PUBLICITAIRE

La revue accepte des messages publicitaires commerciaux, susceptibles d'intéresser ses abonnés. Ces publications doivent être en harmonie avec les valeurs de l'Association. Leur insertion dans la revue ne signifie pas une recommandation implicite des produits annoncés.

POLITIQUE D'ABONNEMENT

La Gérotoise est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion. Le coût de l'abonnement est de 30 \$ pour un an et de 55 \$ pour deux ans. Pour plus d'information, consulter le site Internet www.aqiig.org, ou communiquer au (514) 340-2800, poste 3092.

Mot de la présidente



Chers collègues,

C'est une période de fébrilité présentement dans nos milieux: fin d'année financière, prévisions matérielles, ressources humaines et autres pour la prochaine année. Et le PTI qu'il faut avoir implanté pour le 1^{er} avril 2009, et ce, sans oublier bien sûr tous les autres sujets en cours!...

C'est à travers cette effervescence que votre CA travaille à l'organisation du souper causerie du printemps. Nous croyons que le thème choisi vous plaira. Il s'agit de: *L'éthique au quotidien pour mieux intervenir*. La conférencière, Delphine Roigt, avocate et éthicienne clinique, saura répondre à vos questions. Madame Roigt, membre du Barreau du Québec, est éthicienne depuis 1998. Elle est membre du comité d'éthique clinique et de la recherche du CHUM depuis 2002. De plus, elle répond aux demandes cliniques de divers milieux de soins.

Elle discutera notamment des actions à prendre lors de situations éthiques fréquentes dans nos milieux de soins : abus d'alcool, attouchements, comportements sexuels indésirables, refus de se laver, comportements perturbateurs de toutes sortes et autres sujets qui vous préoccupent... Cette conférence aura lieu le 28 mai prochain, à la Salle de réception Le Challenger à Ville St-Laurent. Nous vous invitons en grand nombre pour ce souper causerie. Nul doute que vous en repartirez enrichis de nouvelles connaissances et munis d'un bagage d'interventions à appliquer.

Avant le souper causerie aura lieu l'Assemblée générale annuelle de l'Association. Il y aura élection car des places sont disponibles au CA. Vous trouverez une feuille de mise en candidature dans le présent numéro de *La Gérontoise*.

Par ailleurs, nous travaillons présentement au rajeunissement de notre revue et à l'amélioration de notre site Web, déjà bien fréquenté. De plus, des projets de collaboration avec des exposants qui iront au Maroc au mois de juin 2009 sont présentement en cours pour assurer la présence de l'Association au congrès international SIDIIEF.

Comme vous le voyez, l'avancement de la gériatrie nous tient fortement à cœur...

A handwritten signature in cursive script that reads "Francine Lincourt-Éthier".

Francine Lincourt-Éthier,
Présidente de l'AQIG

Éditorial

On observe une préoccupation de plus en plus marquée d'améliorer les soins aux personnes âgées. Elle n'est pas loin l'époque où très peu de programmes axés vers des soins de qualité pour cette clientèle n'existaient pratiquement pas. Il faut se réjouir car actuellement, on constate que, de plus en plus, les milieux d'enseignement préparent des formations axées vers la gériatrie et les milieux de soins aigus font des efforts considérables d'adaptation.

Ce numéro est consacré aux interventions à privilégier pour le bien-être des âgés. D'abord, deux chercheurs : Suzanne Ouellet, de l'université de Moncton, s'intéresse aux besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs et Francis Etheridge, de l'université de Sherbrooke, identifie, auprès d'un groupe d'étudiants en relations professionnelles, l'intérêt qu'ont les jeunes à travailler auprès des personnes âgées. Du côté expérience clinique, Bolduc et son équipe présente des moyens pour réduire les chutes. Nathalie Desjardins parle de la Société de l'arthrite et les services qu'elle peut offrir. Alain

Coulombe, pour sa part, raconte une belle expérience vécue dans son milieu touchant le retour à domicile d'une personne refusant l'hébergement. *J'ai lu*, présente le très beau livre de Hubert Doucet, Ed. Fides: *Soigner en centre d'hébergement, repères éthiques*.

Enfin, un hommage est rendu à madame Thérèse Darche, décédée au début de juillet 2008. Cette infirmière infatigable a imposé la gérontologie au Québec en s'impliquant dans la fondation de l'Association québécoise de gérontologie et en oeuvrant dans plusieurs comités ministériels.

À tous et toutes, nous souhaitons un beau printemps.

L'équipe de la rédaction

Souper-causerie

L'éthique au quotidien pour mieux intervenir

Tous les jours, dans les milieux de soins, que ce soit en courte ou en longue durée, sont vécus des situations cliniques qui génèrent des problèmes éthiques. Les membres des équipes se sentent souvent dépassés et impuissants. Comment répondre aux besoins du client tout en gardant l'harmonie dans l'unité?

Un souper causerie vous est proposé au cours duquel madame Delphine Roigt, avocate et éthicienne au CHUM traitera de situations quotidiennes vécues dans les milieux et les interventions à mettre en place.

Date: 28 mai 2009

Lieu: Salle de réception le Challenger
2525 rue des Nations
Ville St-Laurent (Québec)

Horaire

16h Inscription
17h Assemblée générale
17h30 Cocktail
18h Souper causerie

Nous vous invitons en grand nombre!

Les besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs et leurs attentes envers les professionnels de la santé face à ces besoins¹

Suzanne Ouellet, Inf., Ph.D.

Article déjà paru: Ouellet, S. (2009). Les besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs et leurs attentes envers les professionnels de la santé face à ces besoins. *JALMALV*, 95, décembre, 37-40.

En soins palliatifs, il y a maintenant un consensus sur le fait que la famille doit être considérée comme unité de soins. Les membres de la famille vivent une situation de deuil anticipé, ils se soutiennent les uns, les autres et certains d'entre eux jouent le rôle d'aidants auprès d'un être cher qui côtoie la mort à domicile ou en centre hospitalier.

Selon une étude canadienne réalisée auprès de femmes aidantes à domicile, ce qui est le plus difficile pour elles c'est de voir souffrir psychologiquement ou physiquement une personne qui leur est chère. En deuxième lieu, les aidantes mentionnent l'isolement, le manque de temps pour soi et la lourdeur des responsabilités. Finalement, elles mentionnent le manque de services, d'aide et de répit (Alliance des femmes de la francophonie canadienne, 2006). Dans un tel contexte, les aidants familiaux risquent d'avoir plusieurs besoins qui ne sont pas satisfaits, augmentant ainsi leur probabilité de vivre de l'épuisement et celle de vivre un deuil difficile après le décès de l'être cher.

Pour contribuer à la satisfaction des besoins des aidants familiaux, il importe d'abord de les identifier et de vérifier les attentes d'aide de ces personnes. L'identification des besoins est une étape essentielle à la planification des programmes de soins et de services et à l'allocation des ressources.

❖ Méthodologie

Pour identifier les besoins des aidants familiaux en soins palliatifs, l'instrument de mesure suivant a été retenu : le « *Home Caregiver Need Survey* » (HCNS) de Hileman

(1990, dans Ouellet, 2008). Cet instrument a subi une validation culturelle et de contenu (Ouellet, 2008). La méthode d'échantillonnage utilisée a été celle de convenance. Trente-sept aidants familiaux ont participé à cette étude. L'âge des participants variait de 33 à 71 ans, avec une moyenne de 52,2 ans. Ces aidants, majoritairement des femmes (89,2 %), avaient tous des liens familiaux avec la personne soignée dont l'âge variait de 47 à 101 ans, avec une moyenne de 77 ans. Ces personnes recevaient des soins et des services palliatifs en centre hospitalier ou à domicile.

❖ Méthode de calcul des besoins-obstacles

Les « besoins-obstacles » sont les besoins qui sont considérés à la

fois comme importants et non satisfaits. Nous avons utilisé la formule proposée par Hassanein (1988, dans Ouellet, 2008). Selon cet auteur, un besoin est un besoin-obstacle (RBO) quand son score selon le mode de calcul ci-dessous est supérieur ou égal à 25. Le calcul du RBO s'obtient de la façon suivante :

RBO = Résultat en matière de besoin-obstacle

RBO = I (8-S)

I = Estimation de l'importance du besoin
(de 1, non important à 7, très important)

S = Estimation de la satisfaction du besoin
(de 1, non satisfait à 7, très satisfait)

Nous avons retenu, pour cet article, les besoins obstacles dont le score évalué est supérieur ou égal à 25 et dont la fréquence relative est de 25 % et plus (c'est-à-dire lorsque 25 % et plus des aidants familiaux considèrent le besoin comme un besoin important et non satisfait).

❖
Résultats et discussion

Les aidants familiaux en soins palliatifs vivent une situation stressante et les besoins leur permettant de faire face à cette situation sont importants et non satisfaits. En effet, les aidants familiaux mentionnent avoir besoin de moyens pour gérer leur stress (25 %) et avoir besoin d'information sur les moyens de détente (30,6 %). Ils réclament, de la part des professionnels, un accompagnement ou une aide psychologique pendant la phase préterminale ou terminale (25 %) et après le décès de l'être cher (25,7 %). Face à cette situation stressante et aux besoins qui en découlent, les aidants ont donc de fortes attentes à l'égard des soignants professionnels.

Les aidants familiaux en soins palliatifs éprouvent aussi des difficultés à satisfaire leurs besoins d'ordre personnel. La non-satisfaction des besoins personnels augmente le risque d'épuisement.

La non-satisfaction des besoins personnels augmente le risque d'épuisement chez les aidants

Ces personnes ont effectivement besoin d'avoir des moyens pour combattre la fatigue et avoir un sommeil adéquat (44,4 %). Ils veulent aussi du temps pour satisfaire leurs propres besoins (38,9 %) et être en mesure de se garder en santé (26,8 %). Cependant, peu d'aidants ont déclaré avoir des attentes d'aide élevées envers les professionnels en ce qui concerne les besoins obstacles d'ordre personnel. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les aidants familiaux peuvent croire, à tort ou à raison, que les soins et les services palliatifs sont surtout destinés à la personne soignée et non à la famille. Il est aussi possible que les aidants familiaux mettent de côté leurs besoins personnels pour se concentrer sur les besoins de la personne soignée. Ils risquent ainsi de voir leur propre santé se détériorer, tout comme leur capacité de jouer le rôle d'aidant.

La non-satisfaction des besoins personnels pourrait aussi être liée au manque de relève. Le besoin de relève a été identifié comme un besoin obstacle chez 44,4 % des aidants à domicile et chez 27,8 % des aidants en centre hospitalier. Certains aidants familiaux peuvent éprouver des réticences à demander de l'aide à leur entourage habituel. De plus, les ressources en matière de répit sont insuffisantes ou du moins, elles ne répondent pas aux besoins et aux attentes des aidants familiaux.

L'enseignement offert par les professionnels de la santé semble surtout se concentrer sur les soins physiques,

puisque la plupart des besoins d'apprentissage des aidants dans ce domaine sont satisfaits. Quelques besoins dans cette catégorie sont tout de même considérés comme des besoins obstacles. Les aidants veulent avoir des moyens pour installer la personne soignée dans une position confortable (28,6 %). Ils souhaitent aussi pouvoir aider la personne soignée lorsqu'elle se plaint de perdre ses forces (29,4 %). Dans certaines situations, ce dernier besoin pourrait être associé à celui de faire face aux pertes reliées à l'évolution de la situation de santé de la personne soignée. Ces besoins identifiés comme des besoins obstacles sont de nature à influencer le jugement des aidants familiaux face à la qualité des soins.

On remarque que les aidants familiaux accordent une grande importance à l'accompagnement psychologique

et spirituel de la personne en phase préterminale ou terminale. Par contre, les besoins leur permettant de faire cet accompagnement ne sont pas comblés. Les aidants familiaux veulent avoir de

l'information sur la mort et le deuil (30,6 %) et sur les besoins d'ordre psychologique et spirituel de la personne soignée (28,6 %). Ils aimeraient aussi savoir parler de la mort avec la personne soignée (27,8 %) et avoir des moyens pour l'encourager et la rassurer (36,1 %). Les attentes d'aide élevées envers les professionnels de la santé sont très fréquentes face à ces deux derniers besoins. Donc, les aidants familiaux ne veulent pas uniquement être soutenus face aux soins physiques à donner mais aussi face au soutien psychologique et spirituel qu'elles veulent offrir. Enfin, il est à noter que, pour les personnes interrogées, les besoins religieux sont considérés comme importants et ils désirent que ces besoins soient satisfaits.

❖
Conclusion et recommandations

Notre étude a permis de confirmer que les aidants familiaux vivent une situation de stress qui génère plusieurs besoins obstacles, lorsqu'un être cher est en phase préterminale ou terminale. Cette situation a un impact sur la santé des aidants et sur leur besoin de prendre soin d'eux. De plus, l'attention des professionnels donnée aux membres de la famille semble être insuffisante en ce qui concerne le stress et le fardeau psychologique qu'implique le fait de jouer le rôle d'aidant et d'accompagnateur psychologique et spirituel.

Il est donc recommandé d'identifier les besoins et les attentes de chaque aidant familial en soins palliatifs et de l'aider dans la satisfaction de ses besoins, en fonction de ses attentes. Il s'avère essentiel de développer des programmes structurés de soutien psychologique et spirituel pour les aidants familiaux en soins palliatifs, que les soins soient offerts à domicile ou en institution de santé. Il est aussi important d'évaluer l'efficacité des programmes d'aide professionnelle ou d'entraide par les pairs.

Suite à cette étude, afin de satisfaire les besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs, l'auteure a adapté au contexte des soins palliatifs et de la maladie chronique le programme d'intervention de Ducharme, Lévesque, Gendron, Legault, Ward et Trudeau (2003). Le programme élaboré par ces auteurs touche les interventions destinées aux aidantes d'un proche hébergé présentant des déficiences cognitives, il se nomme « *Prendre soin de moi!* ». Il a subi des transformations en vue de répondre aux principaux besoins obstacles identifiés dans cette présente étude. Cette adaptation porte le nom suivant « *Prendre soin de moi! : tout en prenant soin d'un proche atteint d'une maladie chronique* » (Ouellet, 2007). Ce programme d'intervention est destiné aux aidants familiaux d'un proche âgé ou atteint d'une maladie chronique quelle que soit la phase de la maladie (chronique, préterminale ou terminale). Il est maintenant en cours d'évaluation afin de s'assurer qu'il répond effectivement aux besoins des aidants familiaux dans un contexte de maladie chronique ou de soins palliatifs.



NOTE

¹ Cet article est tiré d'une étude doctorale effectuée à la Faculté de l'Éducation de l'Université de Montréal sous la supervision de Monsieur Djavid Ajar. Cette étude, réalisée au Nord-Est du Nouveau Brunswick au Canada, visait la validation d'une stratégie de l'étude des besoins (Ouellet, 2004). L'auteure est actuellement chercheure dans le domaine des personnes aidantes et l'évaluation de stratégies d'intervention auprès de cette population cible.

RÉFÉRENCES

- Alliance des femmes de la francophonie canadienne (2006). *Les femmes aidantes naturelles dans les communautés francophones et acadienne du Canada*. Rapport de recherche élaboré par Isabelle N. Miron et Johanne Ouimette.
En ligne : <http://affc.ca/documents/rapportaidantes.pdf>
- Ducharme, F., Lévesque, L., Gendron, M., Legault, A., Ward, J., et Trudeau, D. (2003). *Prendre soin de moi! : Programme d'intervention destiné aux aidantes d'un proche hébergé présentant des déficiences cognitives*. Montréal : Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Projet subventionné par la Société Alzheimer du Canada et le Fonds de la recherche en santé du Québec.
- Ouellet, S. (2009). Les besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs et leurs attentes envers les professionnels de la santé face à ces besoins. *Revue JALMALV*, no. 95 (décembre 2008), pp. 37-40.
- Ouellet, S. (2008). Adaptation et validation d'un instrument de mesure des besoins et des attentes des aidants familiaux en soins palliatifs. *Revue de l'Université de Moncton*. Accepté pour publication (sous presse).
- Ouellet, S. et coll. (2007). *Prendre soin de moi tout en prenant soin d'un proche atteint d'une maladie chronique*. Adaptation au contexte de la maladie chronique et des soins palliatifs du programme de Ducharme et coll. (2003) *Prendre soin de moi!* Cette adaptation a été subventionnée par le Consortium national de formation en santé (CNFS).
- Ouellet, S. (2004) *Élaboration et validation d'une stratégie de l'étude des besoins et des attentes des personnes-soutien en soins palliatifs: Cas de la Régie de la santé ACADIE-BATHURST*. Thèse doctorale. Université de Montréal, Faculté des sciences de l'éducation : option mesure et évaluation.

Suzanne Ouellet est professeure agrégée de sciences infirmières à l'Université de Moncton, campus de Shippagan, Nouveau-Brunswick, Canada
Pour correspondre avec elle : Université de Moncton, campus de Shippagan, site de Bathurst, 725 rue du Collège, Bathurst, Nouveau-Brunswick, Canada. E2A 3Z2
Courriel : suzanne.ouellet@umcs.ca
Téléphone : (506) 545-3507 - Télécopieur : (506) 545-3502

Décider de travailler auprès des aînés : représentations d'étudiants de professions relationnelles¹

*Francis Etheridge, M.A. (cand.), Philippe Hallé, M.A. (cand.),
Maria Alejandra-Lynch, M.A. (cand.) et Marie Beaulieu, Ph.D.*

Selon de récentes projections de Statistiques Canada (2006a), le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada doublera entre 2005 et 2036, passant de 13,2 % à 24,5 %. Le vieillissement de la population du Québec suivra une évolution à toutes fins similaire (MSSS, 2001). Considérant cette tendance démographique et l'augmentation de la fragilité avec l'avance en âge, la dépendance envers le système de santé et de services sociaux augmentera (Statistiques Canada, 2006b). Au Canada, la fréquence actuelle à laquelle les aînés consultent un médecin ou sont hospitalisés est plus grande que celle des personnes plus jeunes. En 2003, bien que représentant seulement 13 % de la population, les aînés ont été imputables de plus du tiers des hospitalisations en soins de courte durée et de plus de la moitié des hospitalisations de longue durée (Statistiques Canada, 2006b). Aux États-Unis, où les aînés composeront 20 % de la population en 2030 (Bengtson, Kim, Myers & Eun, 2000), on observe que les aînés représentent déjà 50 % des visites chez le médecin, 50 % des hospitalisations et plus de 26 % de la clientèle des travailleurs sociaux (Mason & Sanders, 2004; Varkey, Chutka & Lesnick, 2006). La tendance démographique actuelle mènera donc nécessairement les systèmes de santé et de services sociaux des pays ayant une population vieillissante à être sollicités davantage par les aînés que par tout autre groupe de la population.

Malgré cette transformation des besoins de la population, la formation des intervenants œuvrant dans les milieux de santé et de services sociaux n'évolue pas de façon réciproque. Sur le plan de la santé, le manque de gériatres est reconnu au Canada depuis plus de deux décennies. En 2006, le nombre de gériatres requis pour répondre aux besoins de la population était estimé à 600 alors que moins de 200 médecins pratiquaient la gériatrie. Depuis 1999, le nombre d'inscriptions en gériatrie tend également à diminuer; en 2004, seulement quatre étu-

dants se sont inscrits en médecine gériatrique au Canada (Torrible, Diachun, Rolfson, Dumbrell & Hogan, 2006). Une tendance similaire s'observe en sciences infirmières où seulement 5,5 % des étudiants canadiens choisissent les milieux de soins gérontologiques comme lieu de stage final avant d'entrer sur le milieu du travail, alors qu'une majorité d'infirmières œuvre auprès de bénéficiaires âgés (Baumbusch & Andrusyszyn, 2002). Sur le plan social, au Canada, les employeurs rapportent que seulement 50 % de leurs travailleurs sociaux en gérontologie atteignent leurs critères de compétence (Stephenson, Rondeau, Michaud & Fiddler, 2000). Une pénurie de travailleurs de la santé et sociaux qualifiés pour œuvrer auprès de la population âgée est donc notable à ce jour et anticipée pour le futur (Mason & Sanders, 2004).

Plusieurs barrières ont été identifiées pour expliquer la réticence envers la formation en gérontologie ou en gériatrie. Sur le plan médical, le contact des étudiants de médecine avec les aînés est souvent restreint aux milieux non spécifiquement gériatriques telles les salles d'urgence (Tanner et al., 2006). De plus, la responsabilité de la formation gériatrique offerte par les facultés de médecine incombe fréquemment aux médecins généralistes, malgré leur manque d'habileté à préparer les futurs médecins à leur rôle auprès de la population âgée. Ainsi, pour des étudiants débutant en médecine, les patients âgés souffrant de problèmes médicaux complexes peuvent être effrayants, frustrants et parfois décourageants (Tanner et al., 2006). Une recension des écrits portant sur les intentions de carrières des infirmières définit plutôt le manque d'intérêt pour le travail auprès des aînés comme le résultat de perspectives négatives reliées aux aînés et de perceptions du travail comme non stimulant et s'effectuant dans les environnements déplaisants (Hayes et al., 2006). Une étude conduite auprès d'étudiants de travail social identifie quant à elle trois barrières

principales, retrouvées dans diverses cultures et champs d'études, pour expliquer la réticence au travail auprès des aînés : la perception des aînés comme des clients à faible priorité, la culture orientée vers la jeunesse et les attitudes âgistes (Mason & Sanders, 2004). L'intérêt pour la gérontologie comme champ de spécialisation pour les étudiants des professions relationnelles semble donc être insuffisant pour répondre adéquatement aux besoins grandissants de la population (Mason & Sanders, 2004).

❖ *Objectif de l'étude*

Ainsi, en fonction de la carence notoire de main-d'œuvre qualifiée pour adapter le système de santé et de services sociaux aux tendances démographiques et du peu de connaissances disponibles sur les moyens de combler cette lacune, l'objectif de cette étude est d'explorer les représentations tenues par des étudiants de professions relationnelles à propos du travail auprès des aînés. À notre connaissance, aucune étude qualitative n'a spécifiquement été conduite dans cette optique au Québec. Une meilleure compréhension des facteurs influençant les intentions de carrière des étudiants de professions relationnelles permettrait de concevoir et d'établir les structures requises quant à la formation d'une main-d'œuvre qualifiée suffisante (Hayes et al, 2006) et aiderait à une meilleure sélection des candidats à la profession.

Le cadre théorique, la méthodologie et les résultats de cette étude seront présentés et discutés dans les sections suivantes.

❖ *Cadre théorique*

Trois concepts principaux constituent les assises de la présente étude, soit les concepts de représentation, de profession relationnelle et d'aîné. Une définition synthétique de chacun des concepts est présentée dans le Tableau 1. Notez que le concept de « profession relationnelle » émerge du concept français de « métier relationnel » mais que le terme « profession » a été jugé plus approprié au contexte québécois (Office québécois de la langue française, 2007). De plus, une définition très large du concept d'aîné a été privilégiée étant donné que sa définition a été ciblée par le processus de collecte de données.

Tableau 1. Définition des concepts constitutifs du cadre théorique de l'étude

Représentation (Abric, 2001)
Le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe constitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification.
Profession relationnelle (Demailly, 1998)
Ensemble des emplois au sein d'organisations de services humains, comprenant les professions de la santé, du travail social, de l'éducation.
Aîné (Zay, 1981)
Personne appartenant à une tranche d'âge définie comme « âgée », présentant des symptômes associés à la vieillesse ou affichant un comportement caractéristique du vieil âge, qui joue des rôles propres à ce statut, qui se sent âgée, ou étiquetée comme âgée par les stéréotypes du milieu.

❖ *Méthodologie*

DEVIS DE L'ÉTUDE

Une étude qualitative transversale a été menée afin de dégager les représentations des étudiants de professions relationnelles des aînés et du travail auprès des aînés. Cette étude vise la production de nouvelles connaissances à propos de l'intérêt des étudiants de professions relationnelles pour le travail auprès des aînés.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Cette étude a été entamée dans le cadre d'un cours de méthodologie qualitative offert au cours de la session d'automne 2006 aux étudiants de maîtrise en gérontologie de l'Université de Sherbrooke. Les élèves du cours ayant convenu d'explorer le thème de l'intérêt limité des étudiants de professions relationnelles pour le travail auprès des aînés, ont poursuivi un travail de recherche qualitative avec un seul sujet de recherche pour chacun. Afin de présenter les résultats découlant de ces efforts individuels, trois étudiants ont décidé de s'impliquer davantage en colligeant l'ensemble des matériaux collectés. Sept des dix étudiants du groupe collaborèrent et firent parvenir leurs transcriptions d'entrevues et leur consentement à leur utilisation. Le groupe d'au-

teurs, composé de trois étudiants et d'une professeure-superviseure, a ainsi été habilité à rédiger le présent article selon les règles de l'éthique de la recherche.

POPULATION ET ÉCHANTILLON

La population à l'étude est constituée de tous les étudiants de professions relationnelles pouvant être appelés à travailler auprès d'ânés. Ainsi, l'unique critère d'inclusion à l'étude était d'être étudiant au Québec dans un champ d'étude relationnel offrant la possibilité d'œuvrer auprès d'une clientèle âgée. Étant donné les limites temporelles imposées par la session universitaire - tout le travail devait être complété en deçà de 15 semaines - le groupe a choisi d'effectuer un échantillonnage de convenance. Les sept transcriptions d'entrevues analysées dans le cadre de ce travail ont émané d'entrevues avec des étudiants et étudiantes de sciences infirmières, de service social et de psychologie, âgés entre 22 et 46 ans.

COLLECTE DES DONNÉES

Les entrevues semi-dirigées ont été menées dans les contextes convenant aux participants, soit à domicile ou à leur lieu de travail. Chaque étudiant avait la responsabilité de réaliser et d'analyser une entrevue. Cinq entrevues furent conduites en français, une en anglais et une autre en espagnol. Bien que les thèmes centraux à explorer en entrevue aient été déterminés collectivement, chaque étudiant avait la liberté de gérer la durée de l'entrevue et le nombre de questions de relances. Outre ces dernières et les questions d'ordre sociodémographique, quatre questions (Tableau 2), composaient le guide d'entrevue utilisé.

Tableau 2 - Questions de l'entrevue semi-structurée

Guide d'entrevue
1) Qu'est-ce que c'est pour vous une personne âgée ?
2) Quels types de relations entretenez-vous ou avez-vous entretenues avec des ânés ?
3) Qu'est-ce qui vous inciterait à travailler auprès des personnes âgées ?
4) Qu'est-ce qui vous amènerait à refuser un emploi auprès des ânés ?

ANALYSE DES DONNÉES

Une analyse thématique des transcriptions a été conduite individuellement par les dix étudiants du groupe et a permis une mise en commun préliminaire des résultats en classe. Cet exercice a été guidé par les principes enseignés dans le cadre du cours traduisant l'approche thématique telle que développée par Paillé (2003). Une « ré-analyse » plus en profondeur des transcriptions a été conduite ultérieurement par trois des auteurs et orientée selon un cadre analytique élaboré à partir de la mise en commun préliminaire. Un arbre de codification a été réalisé et le logiciel N'Vivo¹ a été utilisé pour codifier le contenu des entrevues. La catégorisation a été soumise à un exercice de double vérification mené par deux des auteurs afin de valider la pertinence de la catégorisation de l'ensemble des extraits aux thèmes et sous-thèmes élaborés. On doit noter que la transcription en espagnol a été traitée par un seul auteur, étant donné les connaissances linguistiques limitées de cette langue par les autres.



Résultats

L'analyse thématique du contenu des entrevues a permis d'élaborer six catégories de résultats, soit 1) les facteurs influençant les représentations des ânés; 2) les représentations des ânés; 3) les représentations du travail auprès des ânés; 4) les facteurs influençant négativement le désir de travailler auprès des ânés; 5) ceux influençant positivement le désir de travailler auprès des ânés; et 6) les pistes de solution à la mise en valeur du travail auprès des ânés. Dans le cadre de cet article, les deux premières catégories, relatives aux représentations des ânés, seront abordées brièvement afin de laisser place à une présentation plus détaillée des catégories relatives à la thématique centrale de cet article, soit la représentation du travail auprès des ânés.

REPRÉSENTATIONS DES ÂNÉS

Des facteurs influençant les représentations des ânés, c'est-à-dire des événements ayant potentiellement nourri leurs représentations, furent exposés par les participants. Tout d'abord, ils évoquèrent la relation avec leurs propres aïeux qui serait le locus principal de développement de la représentation : « Chaque fois que je pense à une personne âgée, je pense tout de suite à mes grands-parents ». Les rela-

tions avec les aînés, autres que celles avec les grands-parents, furent aussi jugées significatives. Pour certains le contact avec les aînés semblait naturel, allant de soi : « *Dans les arrêts d'autobus, je me fais tout le temps des fois accoster par des personnes âgées là, pis là ils se mettent à parler avec moi... c'est le fun !* » Outre le contexte quotidien, des cadres plus formels tels des expériences de bénévolat, de stage ou de milieu de travail, furent abordés comme des lieux de construction de représentation des aînés. Les connaissances acquises en formation modèleraient aussi les représentations tenues par les étudiants. Le caractère évolutif des représentations fut également abordé par les participants qui se transformeraient en fonction de son âge, de sa proximité de la vieillesse mais aussi du contexte social :

« Les gens étaient très proches, la famille restait dans le même village, maintenant on est beaucoup plus séparés (...) Je trouve que ça rend ça plus difficile parce que je n'ai pas eu de contact beaucoup avec les personnes âgées. (...) C'est vrai qu'on est moins intégré au niveau des générations, il n'y a pas d'échanges énormes, ce n'est pas très valorisé. »

Sur le plan des représentations des aînés, plus de propos à connotation négative que positive furent exprimés, et ce, bien que l'ensemble des participants était plus ou moins nuancé. En effet, aucun participant ne sembla tenir une représentation exclusivement négative ou positive de la personne âgée. Les notions de vulnérabilité et de pertes furent employées fréquemment pour décrire l'état et l'évolution de la condition de la personne âgée. Inversement, les représentations positives présentèrent les aînés comme des individus ayant eu une longue et riche expérience de vie les rendant dignes de respect. Fréquemment, les représentations plus négatives furent contrebalancées, nuancées par des raisonnements plus positifs. Par exemple, les aînés, bien que parfois vulnérables et dépendants, mériteraient le soutien d'autrui et bénéficieraient de soins de meilleure qualité. Le vieillissement fut défini comme un processus d'idiosyncrasie auquel chaque être humain sera confronté : « *Le monde évolue aussi, eux autres y étaient comme nous autres. Quand on va être à 80 ans bien nous autres aussi il y a des choses qui vont avoir changées, qui vont avoir comme évoluées hyper vite.* » Les participants ont aussi distingué entre leurs représentations de la personne aînée et le patient

aîné : « *Avec mes grands-parents c'est différent, c'est de la famille, c'est une relation d'amour donc...* » Le patient aîné a été décrit comme un bénéficiaire nécessitant des soins, mais surtout un être à la recherche de chaleur humaine : « *Je pense que tout ce qu'ils ont besoin c'est d'être, d'être écoutés.* »

REPRÉSENTATION DU TRAVAIL AUPRÈS DES AÎNÉS

Les représentations du travail auprès des aînés faites par les étudiants rencontrés sont teintées par le milieu de travail et les conditions de pratique. On observe une distinction importante entre les représentations du travail communautaire versus le travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le travail auprès des aînés vivant dans la communauté plutôt qu'en institution fut décrit comme moins exigeant et moins contraignant :

« Moi, c'est plus comme côté communautaire, côté vraiment tout seul, la vision du changement social, puis avoir de la place pour moi aussi côté initiative, ne pas toujours avoir un cadre de référence. »

En ce qui a trait au travail même, les participants soulignèrent la part relationnelle importante : « *On a beaucoup de déplacements à faire pis tout ça, mais ces gens là ont beaucoup plus besoin de parler et d'être écoutés que d'avoir des soins.* » Les employés côtoyant les aînés seraient plus appelés à jouer le rôle de psychologue, à être des confidents. Une plus grande intrusion dans l'intimité des bénéficiaires caractériserait aussi le mandat :

« Elle est en perte d'autonomie, mais ce n'est pas une crise aiguë, c'est son milieu de vie, donc c'est très différent. Je trouve qu'on entre beaucoup plus dans leur intimité, puis on fait un peu partie de leur famille. »

Le travail auprès d'une clientèle âgée fut exprimé comme étant plus routinier : « *C'est un travail qui peut être un peu routinier parce qu'on est dans un milieu de vie et non dans un hôpital.* » Il engagerait des conditions particulières, telle la médiation avec les familles des bénéficiaires et la fréquente confrontation à la mort. Le mandat fut estimé fortement variable en fonction du degré d'autonomie des aînés :

« Travailler avec une clientèle de personnes de 95 ans en montant, serait vraiment difficile. Travailler avec une clientèle de 60, 70 ans, serait autre chose. À 60, 70 ans, il y en a un qui est dément, les autres peuvent l'aider, peuvent s'entraider. D'ailleurs, ils se sentent mieux à s'entraider. »

À ces diverses représentations du travail auprès des aînés sont liées des représentations des aptitudes nécessaires pour les tâches spécifiques. Bien que décrit comme un mandat routinier, le travail auprès des aînés nécessiterait plus de créativité, plus de savoir-faire, ce qui fut décrit comme un élément motivant :

« Juste pour donner un bain à une personne Alzheimer, ça peut être un défi, la faire déshabiller, embarquer dans l'eau, c'est quelque chose, mais ça demande beaucoup de curiosité, parce qu'il faut que tu apprennes à connaître les personnes pour leur parler de choses qu'elles apprécient. »

De plus, la patience, la maturité et la sérénité face à la mort seraient des atouts :

« C'est peut-être plus difficile d'être confronté à ça, parce qu'on n'est pas rendus là dans notre étape de vie ou de réflexion, c'est vrai que souvent les personnes plus matures, en tout cas de ce que j'ai vu, qui vont travailler avec les personnes âgées, qui ont peut-être 40 ans et plus. »

Résulte peut-être de ces observations une préférence pour le travail auprès de clientèles plus jeunes : *« Présentement, je te dirais que j'ai d'autres objectifs. Moi ce qui m'intéresse le plus c'est la maternité puis la psychiatrie. »* En fait, le travail auprès des aînés semblait être considéré comme une entreprise non appropriée pour le moment, une alternative à laquelle les professionnels en formation pourraient s'adapter, mais qu'ils ne choisiraient pas d'emblée : *« Je ne serais pas déçu non plus, ce serait ma job, puis il faut que je fasse mes tâches peu importe ma clientèle, il faut que je m'adapte... »* Certains exprimaient plutôt que le désir et l'habileté au travail auprès des aînés émaneraient d'une affinité singulière, voire d'une vocation, plus que d'un choix.

Maints facteurs d'influence négative du désir de travailler avec des aînés ont été décrits par les

participants. La crainte de travailler auprès de bénéficiaires ayant d'importantes pertes d'autonomie fut exprimée comme un facteur négatif puissant. Il serait difficilement envisageable de travailler avec des personnes n'ayant pas les ressources pour maintenir une relation à un niveau humain :

« Une personne âgée qui est rendue complètement sénile, qui ne comprend plus ce qui se passe autour d'elle, n'a pas beaucoup plus de capacités à interagir avec son environnement qu'un objet malheureusement. »

Le manque de capacité cognitive, perçu comme quasi inévitable chez le patient âgé, aurait aussi l'influence négative d'empêcher l'expression explicite de reconnaissance : *« Si elles sont si malades qu'elles ne savent même pas que vous êtes là en train de faire tout ça pour eux, c'est comme si vous étiez inexistant »*. Au-delà des difficultés relationnelles engendrées par la perte d'autonomie, les participants exprimèrent leur manque d'affinités avec les aînés et soulignèrent l'influence négative du clivage générationnel ressenti :

« Les personnes âgées parlent de...la guerre et peut-être que l'on manque de points en commun dont on pourrait parler, alors je pense qu'à ce niveau, il serait différent, plus difficile d'établir quelque chose. [trad. libre] »

Le moins grand potentiel d'amélioration de la condition de santé des aînés (*« Ça serait effrayant à dire, mais est-ce que ça vaut vraiment la peine... »*) et leurs comportements stéréotypés sont d'autres éléments qui agiraient négativement sur le désir de côtoyer cette clientèle : *« Juste me faire mettons "cruiser" par des personnes plus vieilles là, des personnes âgées du sexe masculin. »* Le détachement, voire le deuil éventuel, serait aussi source d'inconfort dans la capacité d'établir des relations avec des aînés :

« Tu travailles avec quelqu'un, tu as un bon rapport avec cette personne-là, puis la journée même tu reviens, mais elle est décédée parce que c'est comme la fin de ces jours là. Ça je pense que j'aurais de la misère... »

La représentation plus routinière des soins à dispenser aux aînés et les soins d'hygiène typiquement requis furent jugés moins attrayants :

« Ils nécessitent moins de soins physiques, donc c'est vrai, c'est surtout, la vision que j'en ai, c'est de donner des médicaments, changer des culottes d'incontinence, ce ne sont pas des beaux côtés. »

La routine serait délétère à la mise en pratique de soins plus techniques, au maintien de ses compétences : *« Je trouve qu'on fait moins de techniques, donc j'aurais peur, tout de suite en sortant de mes cours de pas appliquer ce que je viens d'apprendre. »* La routine peut user ceux qui sont en quête de changements ou de défis professionnels plus inattendus : *« Il n'y a pas la même adrénaline que quand tu travailles plutôt dans une urgence ou en médecine-chirurgie. »*

Bien qu'ils l'aient été en moins grand nombre que les facteurs influençant négativement, plusieurs facteurs d'influence positive du désir de travailler auprès des aînés furent exprimés. La nature particulière de soins habituellement dispensés aux aînés en importante perte d'autonomie, c'est-à-dire des soins de longue durée, offre aux professionnels une opportunité d'établir une relation approfondie avec les bénéficiaires :

« Je trouve que c'est une belle relation, parce que quand on compare à l'hôpital de soins aigus, où on voit des patients qui défilent à une vitesse assez incroyable maintenant je trouve qu'avec les personnes âgées ce qui est bien c'est qu'on a beaucoup plus de relations humaines, on a le temps de développer un lien d'attachement. »

Le besoin de soutien qu'ont les individus âgés serait aussi un facteur engageant. Il s'agirait pour certains professionnels en formation de vouloir exprimer une forme de reconnaissance à ces gens :

« Ceux qui n'ont pas de famille ou qui ont rarement de la visite, moi je serais vraiment pour les accompagner jusqu'à la fin de leur vie (...) Moi, ce serait pour leur apporter un support, pour leur dire que tout ce qu'ils ont fait dans leurs vies n'a pas servi à rien. »

En plus du désir de donner, la possibilité d'acquisition de connaissances, d'apprendre de l'expérience des aînés fut reconnue comme un facteur d'influence positive :

« Travailler avec des personnes âgées qui ont de l'expérience pis qu'y ont eu une vie riche et bien remplie, (...) tu peux absorber une certaine quantité de cette expérience là sans être obligé de passer par les mêmes difficultés que ces personnes âgées. »

De cette appréciation pour la richesse expérientielle découlerait un sentiment de valorisation supérieur : *« Ils ont plus d'expérience, ils ont plus de vécu puis je trouve ça valorisant. »* Étant donné la proximité de certaines familles, la valorisation du travail fait par les jeunes professionnels serait décuplée en contexte de soins aux aînés :

« Les proches de ces personnes âgées reconnaissent le travail que tu fais avec leur père, grand-père, arrière-grand-père et l'apprécient, c'est une raison supplémentaire de travailler avec des personnes âgées. »

Le sentiment de contribution à une problématique sociale majeure représenterait une autre source de valorisation : *« C'est vraiment un besoin qui est prioritaire là, (...) c'est flatteur. »*

Finalement, quelques pistes de solutions à la mise en valeur du travail auprès des aînés ont été soulevées. Certains proposèrent que plus d'attention aux soins à l'individu âgé soit accordée lors de la formation initiale : *« Moi ce qui m'inciterait c'est d'apprendre un peu plus à les connaître, à connaître plus leur problématique... C'est pour ça que d'avoir un cours là dedans ça serait bon aussi! »* Les cours d'approche gérontologique devraient être obligatoires dans les divers curriculums des formations aux professions relationnelles : *« Il y avait un cours à option, il y avait "problème de santé" ou "personne âgée". J'ai choisi "problème de santé", j'ai pris un peu au hasard. »* Il s'agit de promouvoir l'importance et la valeur du travail auprès des aînés : *« Les professeurs nous en parlent beaucoup, comme des fois que l'avenir, c'est avec les personnes âgées... »* En fait, le contact avec les aînés, qu'il soit théorique ou bien réel, est souhaitable que ce soit au travers des stages ou du bénévolat. Enfin, l'améliora-

tion des conditions périphériques du travail avec les aînés serait salutaire. Il faut « *offrir un environnement sain et qui incite à y aller, qui donne envie d'y aller* ». Certains participants considèrent qu'aucune solution n'était envisageable, que la réalité ne pouvait être rendue plus rose. D'une perspective similaire, mais plus réjouissante, une participante exprima que « *la vocation constitue le moteur principal, on le fait avec joie, avec appétit, inconsciemment dans chaque acte de la vie, l'un le fait même sans s'en rendre compte*. »

❖ *Discussion*

Les résultats de cette étude décrivent les représentations positives et négatives tenues par les étudiants de professions relationnelles des aînés et du travail auprès d'eux. Les représentations des aînés ont été décrites à l'aide d'expressions positives et négatives, mais surtout nuancées; le poids de leurs expériences de vie pèse sur leur autonomie mais enrichit le patrimoine qu'ils ont à partager et appelle le support des plus jeunes. Bien que reconnaissant le potentiel relationnel et les occasions de valorisation décuplées découlant du travail auprès de bénéficiaires âgées, rares ont été les participants se représentant le travail auprès de cette clientèle comme leur emploi de prédilection.

Le travail auprès de bénéficiaires âgés a été décrit comme routinier, moins stimulant et plus adapté à des professionnels plus matures, en fait à des professionnels plus âgés. Toutefois, le degré d'autonomie des bénéficiaires a été décrit comme un modulateur important de la représentation du travail auprès d'aînés; travailler avec une personne souffrant d'une démence majeure serait moins attrayant que de travailler avec un aîné ayant toujours l'aptitude d'entrer en relation à un niveau humain. Les participants ont affirmé que le contact, théorique ou réel, des étudiants de professions relationnelles avec les aînés est la clé du développement de leur intérêt pour la gérontologie.

Les résultats de cette étude réalisée chez les jeunes quant aux représentations qu'ils ont des aînés sont similaires aux observations d'autres études. Cron (2006) appuie le caractère saillant de la représentation des aînés comme des personnes démentes et dépendantes et souligne que les représentations des aînés sont fonction du vécu individuel et social des

individus. Samain (2002) appuie aussi le caractère évolutif de la représentation des aînés. Ce dernier stipule que la représentation du vieillissement s'édifie petit à petit au cours de la croissance, et ce, à partir de la jeune enfance. L'influence du clivage générationnel sur les représentations est soulignée par O'Brien-Cousins (2005) qui dit que la ségrégation imposée entre jeunes et vieux membres de la société garde leurs vies particulièrement secrètes et favorise l'ignorance et la méconnaissance entre les générations.

Les résultats relatifs aux représentations du travail auprès des aînés sont cohérents avec les résultats des études citées dans la problématique de cet article. À l'instar de la recension des écrits de Hayes et al. (2006), les participants à notre étude ont décrit le travail auprès des aînés comme faiblement stimulant et s'effectuant dans des milieux ennuyeux. Les observations de Mason et Sanders (2004), qui identifièrent les attitudes âgistes et les représentations des aînés, clientèle à faible priorité comme des barrières à l'intérêt pour le travail gérontologique, furent également appuyées par nos résultats. Une participante de notre étude exprima, avec réticence, qu'elle concevait que le travail auprès des aînés en valait moins la peine.

Lors d'une présentation orale antérieure de nos résultats, des intervenants de milieu de soins aux aînés de l'auditoire ont exprimé, à la lumière de ce résultat, l'idée selon laquelle il est primordial de ne pas seulement penser la relation d'aide comme un travail de réhabilitation, mais de bien-être et de dignité. Les perspectives âgistes exprimées par nos participants caractérisant les aînés comme des individus en état de décrépitude avancée et incapable d'exprimer leur reconnaissance s'accordent avec les résultats de Mason et Sanders.

À première vue, il est paradoxal de considérer que des étudiants de professions relationnelles souhaitent travailler auprès d'une clientèle moins dépendante. D'un autre côté, ce souhait est rendu légitime par l'expression du désir de travailler dans des milieux offrant un contact avec une clientèle jugée plus intéressante, d'un point de vue clinique. De plus, il est peut-être valable de considérer que le choix d'entreprendre une profession relationnelle émane tout autant d'un désir d'aider que de recevoir, d'où la crainte, préjudiciable certes, que les aînés ne sont pas en mesure d'exprimer leur reconnaissance.

Il est tout autant intéressant de réfléchir au fait que le choix d'une carrière est une décision de vie non entièrement altruiste. Le désir de travailler auprès des aînés peut être motivé par une flamme vocationnelle, mais résulte plus fréquemment d'un choix réfléchi.

Par ailleurs, l'ambition d'œuvrer dans un milieu de soins aigus générant un taux d'adrénaline élevé, évoluant vers un milieu professionnel plus calme, requérant sérénité et sagesse, offrant stabilité et confort, devient, pour une majorité, progressivement plus attrayante avec le temps. Ainsi, les obstacles représentés par la perte d'autonomie majeure, la proximité avec les familles des bénéficiaires et les fréquents deuils seraient source d'apprentissage et de valorisation. La part routinière du travail auprès des aînés se révélerait aussi comme une occasion de mettre à profit les connaissances détaillées développées au travers d'une relation de longue durée et de faire usage de créativité pour aller au-delà de l'usuel et favoriser l'octroi de soins personnalisés. En ce sens, notre étude permet de contrebalancer par des jugements plus positifs, les représentations négatives retrouvées dans les écrits scientifiques. Pour nos participants, le désir d'œuvrer dans les milieux de soins aux aînés émerge du constat selon lequel ces milieux représentent des occasions d'épanouissement relationnel et individuel.

❖ *Conclusion*

Les résultats de cette étude doivent être appréciés en fonction de la nature pédagogique de l'initiative dont ils sont issus. Le nombre limité d'entrevues analysées, ayant de surcroît été conduites auprès d'étudiants de sciences infirmières, de travail social et de psychologie, ne permet pas de considérer ces résultats comme généralisables à la population d'étudiants de toutes professions relationnelles.

Néanmoins, cette étude permet de s'immiscer dans les schémas de pensée de ces étudiants et de mieux comprendre les fondements de l'intérêt limité du travail auprès des aînés. Il permet également d'identifier, à la lumière des références aux aspects attrayants du travail auprès de bénéficiaires âgés, divers leviers d'influence pouvant être employés pour infléchir le processus de choix de carrière des étudiants en faveur du travail gérontologique. Nous pensons, entre autres, à la profondeur des relations

humaines, aux occasions décuplées d'apprentissage et de valorisation et à l'opportunité de contribuer à une problématique sociale déterminante de notre temps. En somme, en regard des éléments stéréotypés constitutifs exprimés des représentations du travail auprès des aînés et de la nature évolutive des représentations, la promotion des attraits du travail gérontologique tout au long du cheminement académique des étudiants de professions relationnelles doit être envisagée afin d'orienter les étudiants ayant des ambitions et habiletés pertinentes.



NOTE

¹ Le Logiciel NVivo est un outil technique facilitant l'analyse des données qualitatives permettant de catégoriser des extraits d'entrevues transcrites verbatim. NVivo n'effectue pas l'analyse pour le chercheur; il l'assiste dans ce mandat.

RÉFÉRENCES

- Abrie, J.-C. (2001). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France
- Baumbusch, J. L., & Andrusyszyn, M. A. (2002). Gerontological content in Canadian baccalaureate nursing programs: A cause for concern. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(1), 119-129.
- Bengtson, V.L., Kim, K.-D., Myers, G.C., & Eun, K.-S. (2000). *Aging in East and West: Families, states and the elderly*. New York: Springer Publishing.
- Cron, V. (2006). Les représentations des personnes âgées par les étudiants de soins infirmiers. Consulté le 12 novembre 2008. http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article319&var_recherche=Cron%20valerie
- Demailly, L. (1998). *La restructuration des rapports de travail dans les métiers relationnels*, Travail et Emploi, 76, 3-14.
- Hayes, L.J., Orchard, C.A., McGillis-Hall, L., Nincic, V., O'Brien-Pallas, L., & Andrews, G. (2006). Career intentions of nursing students and new nurse graduates: A review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 1-15.
- Mason, S. E., & Sanders, G. R. (2004). Social Work Students Attitudes on Working with Older Clients. *Journal of Gerontological Social Work*, 42(3), 61-75.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*.
- O'Brien-Cousins, S. (2005). Surmonter l'âgisme dans le contexte d'une vie active. *Rapport préliminaire de la Coalition d'une vie active pour les aînées*. Consulté le 15 novembre 2008. http://www.alcoa.ca/f/pdf/overcoming_ageism.pdf
- Office québécois de la langue française (2007). *Le grand dictionnaire terminologique*. Consulté le 13 août 2008. <http://www.olf.gouv.qc.ca>

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

Samain, T. (2002). *Les représentations sociales et culturelles des aînés*. Les cahiers du troisième âge.

Statistiques Canada (2006a). *Un portrait des aînés au Canada*. 89-519-XIF.

Statistiques Canada (2006b). *Rapports sur la santé. La santé de la population canadienne*. 82-003-SPF.

Stephenson, M., Rondeau, G., Michaud, J.C., et Fiddler, S. (2000). *Critical demand: Social work in Canada*. Final report. Ottawa: Canadian Association of Schools of Social Work.

Tanner, C. E., Eckstrom, E., Desai, S.S., Joseph, C. L., Ririe, M. R. MD, & Bowen, J. L. (2006) Uncovering Frustrations: A Qualitative Needs Assessment of Academic General Internists as Geriatric Care Providers and Teachers. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 51-55.

Torrible, S.J., Diachun, L.L., Rolfson, D.B., Dumbrell, A.C., & Hogan, D.B. (2006). Improving recruitment into geriatric medicine in Canada: Findings and recommendations from the Geriatric Recruitment Issues Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54: 1453-1462.

Varkey, P., Chutka, D.S., & Lesnick, T.G. (2006). The Aging Game: Improving Medical Students' Attitudes Toward Caring for the Elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 224-229.

Zay, N. (1981). Personne âgée. Dans N. Zay (Ed.), *Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale* (1ère éd., pp. 382). Québec : Les presses de l'Université Laval.

Les auteurs : *Francis Ethbridge* et *Philippe Hallé* ont complété un baccalauréat en psychologie et sont étudiants à l'Université de Sherbrooke au niveau de la maîtrise en gérontologie.

Maria Alejandra-Lynch est infirmière et est également étudiante à la maîtrise en gérontologie à la même université.

Marie Beaulieu est professeure au département de Service social à l'Université de Sherbrooke et est également chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement.



CERTAINS COMPRIMÉS SONT DURS

POWDERCRUSH® L'EST ENCORE PLUS

**Ne broyez plus vos comprimés manuellement.
Adoptez le Powdercrush®.**

Terminé le broyage et le pilonnage douloureux. Il suffit d'appuyer sur un bouton.

Le broyeur POWDERCRUSH® fait le travail pour vous - rapidement, proprement et sans peine.

Portable, puissant et facile d'emploi.

POWDERCRUSH®

Le broyeur de médicaments automatique POWDERCRUSH® - offert seulement par Manrex - composez 1-800-665-7652 ou visitez notre site web au www.powdercrush.com

MANREX Ltée
Systèmes de distribution de médicaments

Utilisation de multiples stratégies afin de contrer les chutes : expérience vécue à l'unité transitoire de soins prolongés d'un hôpital de soins aigus¹

*Louis Bolduc, inf., M.Sc., Johanne Senneville, inf., M.Sc.,
Johanne Leblanc, inf., B.Sc. et Jean-Pierre Bouchard, inf., B.Sc.*

Les chutes constituent un grand problème dans tous les milieux de soins. Selon Lancaster et al. (2007), la chute est la cause d'accident la plus fréquente particulièrement chez la personne âgée hospitalisée de 65 ans ou plus.

Depuis 1999, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a décidé de diminuer son taux de chutes par l'intégration d'un programme de prévention des chutes. De plus, depuis les trois dernières années, différentes stratégies ont été mises en place par le chef d'unité de l'unité des soins prolongés (USP) et son équipe afin de permettre au personnel soignant de se centrer davantage sur les besoins des résidents et de leurs familles. Ces stratégies diverses ont permis de diminuer les chutes de 284 à 103 (taux annuel de 2005-2006 comparé à celui de 2007-2008) ou un ratio de 6.03 à 2.85 (1 chute / 1000 jours présence) (HMR, 2007-2008). Voyons les interventions réalisées à travers une histoire de cas, celle de monsieur Tremblay.

❖ Histoire de cas

Il est 11h00 et monsieur Tremblay, 78 ans, vient d'être transféré de l'unité de neurologie. Il est admis dans votre secteur avec un diagnostic de Parkinson. Vous accueillez monsieur et lui présentez les lieux ainsi que ses compagnons de chambre. Monsieur a un regard triste et parle très peu. À votre question : « quelles sont ses attentes envers le personnel de l'unité », il répond : « je n'ai aucune attente envers vous, je voudrais seulement retourner chez moi avec ma femme, mais je crains que ce ne soit plus possible ». Vous reconfortez monsieur Tremblay et vous essayez de collecter les données essentielles afin de débiter son plan de soins.

Lors de l'entrevue, vous constatez que monsieur a fait plusieurs chutes à domicile au cours de la dernière année. Il est porteur d'une sonde urinaire permanente due à une sténose urétrale suite à une chirurgie antérieure. Monsieur utilise aussi des lunettes et une prothèse auditive du côté gauche. Au cours de vos observations, vous constatez que monsieur est toujours capable de s'alimenter seul mais qu'il aura besoin d'aide pour la préparation de son plateau. Il marche lentement et éprouve des difficultés au niveau de l'équilibre. Il parle lentement mais ses réponses sont pertinentes.

Vous apprenez que monsieur est un ancien policier, qu'il aime l'horticulture, principalement les roses de toutes les couleurs. Ses repas préférés sont le pâté chinois de sa femme et les hots dog de chez Lafleur. Il est bien mis et se dit très fier de sa personne. De plus, il raconte avec chaleur qu'il est père de trois enfants, deux filles et un garçon, qui vivent malheureusement à l'extérieur de Montréal. Monsieur Tremblay vivait dans sa maison avec son épouse qui éprouve elle aussi des problèmes de santé. Sa maison est présentement en vente...

Julie, infirmière retourne au poste de garde. Elle analyse la collecte de données et commence à rédiger un plan d'interventions pour monsieur Tremblay. Elle planifie une consultation en physiothérapie pour optimiser les capacités de monsieur à la marche. Elle planifie également une consultation en ergothérapie afin d'évaluer le niveau d'autonomie fonctionnel de monsieur Tremblay et de pallier à ses déficits dans la mesure du possible. Elle prévoit un plan de marche avec assistance de l'équipe pour maintenir les acquis ainsi que de l'aide à l'hygiène et aux repas. Elle s'assure que monsieur aura un sac à la cuisse pour sa sonde urinaire afin de maximiser et sécuriser sa mobilité. Elle prévoit des interventions d'accompagnement au

processus de deuil pour monsieur qui vit beaucoup de pertes présentement. Dans le cahier du médecin, elle met une note qui indique son admission et le besoin de revoir la médication en lien avec le risque de chutes.

Avant d'enclencher le plan d'interventions, elle retourne rencontrer monsieur Tremblay. Elle lui explique le plan de soins et lui demande s'il est d'accord. Elle souligne à monsieur que du pâté chinois est au menu ce soir. Il accepte les recommandations de Julie et lui demande si elle sera son infirmière...

Par la suite, Julie, à l'aide du plan de soins et du plan interdisciplinaire thérapeutique infirmier, s'assure de transmettre à l'équipe les données essentielles à une prise en charge rapide et efficace.



Interventions et théorie

Réduire le taux de chutes ne se fait pas spontanément à l'aide d'une baguette magique mais résulte de plusieurs interventions auprès de la clientèle et de plusieurs discussions avec l'équipe des soins infirmiers et interdisciplinaire (Coussement et al., 2007). Ainsi, la prévention de la chute au quotidien fait partie de la culture de cette unité de soins. Le personnel est engagé à offrir des soins de qualité et valorise le travail interdisciplinaire. Suite à l'enseignement au personnel, la monitrice clinique et la conseillère clinicienne en soins infirmiers réservent du temps afin d'assurer une période de soutien à l'intégration des nouvelles connaissances sur le terrain. C'est ainsi que les infirmières ont acquis une expertise à rédiger des PTI, à exercer leur leadership pour la bonne pratique de la contention physique et à bien évaluer le résident dès l'admission en lien avec les facteurs de risque des chutes, la contention physique, les plaies de pression et les particularités de chacun des patients. De plus, le chef d'unité a fait l'acquisition d'équipements sécuritaires (HMR, 2007).

L'expérience de l'HMR s'approche de la littérature scientifique. L'étude de Gutierrez et Smith (2008) montre une relation entre le programme de prévention des chutes et le nombre de chutes. Les résultats sur la diminution des chutes à l'USP sont très explicites. En accord avec la littérature scientifique, le personnel de l'HMR a mis en application, dès 1999, un programme de prévention des chutes qui inclut un outil d'évaluation du risque et une identification à la tête du lit, sous forme de roulette², pour tous les patients (Coussement et al., 2007; Cumming et al., 2008; Gates et al., 2008; HMR, 1999; Murphy et al., 2008).

L'USP planifie des rencontres interdisciplinaires afin de discuter des résidents ayant des situations de chutes complexes incluant les chutes multiples et de décider d'un plan préventif d'interventions interdisciplinaires (Renteln-Kruse et Krause, 2007; Rask et al., 2007; Brady et Lamp, 2008).

Depuis l'été 2007, les infirmières et les infirmières auxiliaires ont été formées pour utiliser le plan thérapeutique infirmier. De plus, les infirmières ont été accompagnées au quotidien par une approche réflexive afin d'assurer l'intégration de cette pratique tant au niveau de la rédaction par l'infirmière que de l'utilisation par les autres membres du personnel. Parallèlement, des sessions d'information aux préposés aux bénéficiaires et aux autres professionnels de l'unité ont contribué à l'utilisation efficace du PTI. La rédaction systématique du PTI à l'USP est particulièrement aidante lors d'un constat de risque de chute. Les directives à l'équipe soignante en lien avec les facteurs de risque décelés mobilisent les efforts en ce sens (HMR, 1999; OIIQ, 2006). L'évaluation de la condition physique et mentale exercée par l'infirmière permet de détecter d'autres problématiques ou attitudes de l'usager qui seront considérées pour les directives infirmières toujours en lien avec la sécurité du patient (Gutierrez et Smith, 2008; Henricks et al., 2008).

En accord avec la littérature (Bouween et al., 2008; Rapp et al., 2008; Murphy et al. 2008), une formation sur le *Programme national vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement* (MSSS, 2006), a été donnée à l'ensemble du personnel : médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, ergothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique. Le formulaire du processus de prise de décision lors du recours à la contention ainsi que le *Guide de Soins et surveillance* s'y rattachant font dorénavant partie intégrante de leur pratique (HMR, 2007). De même, la connaissance de la problématique clinique sur les chutes du programme national et les interventions proposées furent particulièrement utiles (Roy et al., 2006). Un *Aide mémoire sur les mesures de remplacement à la contention* (MSSS, 2008), et plus spécifiquement pour les personnes à risque de chute, a été réalisé par les conseillères cliniciennes en soins infirmiers de l'HMR. Il a été remis à toutes les personnes soignantes.

Les activités de la vie quotidienne telles la continence, l'hydratation et la marche sont particulièrement respectées. La mobilité est encouragée dès l'admission. Un plan de marche personnalisé pour les patients à risque de chute est débuté immédiatement et au besoin, une con-

sultation en réadaptation physique est enclenchée. Il comprend la combinaison des éléments suivants : l'évaluation, l'enseignement et un entraînement de l'équilibre et de la résistance à la marche. Ce plan de marche est réalisé par l'infirmière et identifié au PTI. Par contre, pour les résidents avec des problématiques complexes, le plan est discuté en interdisciplinarité (Renteln-Kruse et al., 2007; Brady et al., 2008; Rapp et al., 2008).

La participation des familles ou des proches aidants est favorisée. Nous reconnaissons les habiletés des familles à contribuer au plan de soins sur la prévention des chutes et leur demandons de favoriser la mobilité de la personne âgée (Murphy et al., 2008). Un enseignement particulier leur est donné sur la mobilité et les transferts d'une personne à risque de chute, soit par l'infirmière ou le thérapeute en réadaptation physique avec un renforcement par les autres membres de l'équipe soignante. Nous encourageons également la personne âgée et sa famille à se procurer des lunettes et des appareils auditifs adaptés à la condition ainsi qu'à faire l'achat de chaussures sécuritaires (HMR, 1999; Roy et al., 2006; Gates et al., 2007; Brady et al., 2008; Coussement et al., 2007; Cumming et al., 2008; Murphy et al., 2008). De plus, pour augmenter la mobilité, l'équipe favorise que les résidents soient levés du lit et mangent bien assis au fauteuil ou sur une chaise afin de prévenir les problématiques musculosquellétiques des aînés (Renteln-Kruse et al., 2007).

Aussi, l'équipe des infirmières et les médecins portent une attention particulière à la révision de la médication à chaque admission et plus particulièrement pour toutes les personnes avec risque de chutes (Coussement et al., 2007; Gater et al., 2007).

Tel que les auteurs le suggèrent (HMR, 1999; Roy et al., 2006; Gates et al., 2007), le personnel de l'USP s'assure aussi d'un environnement sécuritaire pour la personne âgée en enlevant les objets pouvant contribuer à provoquer des chutes (par exemple : cordes, chiffons, etc.). Les résidents porteurs d'une sonde urinaire sont munis d'un sac à cuisse sur le quart de jour et de soir. Le personnel de l'unité s'assure d'éviter les planchers glissants et encourage les résidents à utiliser les rampes dans les couloirs et les barres d'appui dans les toilettes. Une luminosité adéquate, incluant la nuit, apporte la visibilité nécessaire pour reconnaître les obstacles. Des tapis de chute peuvent également être installés près du lit pour amortir la chute et ainsi réduire le risque de fracture. Pour les résidents avec atteintes cognitives ou téméraires, les détecteurs de mouvements aident également à prévenir la chute (Renteln-Kruse et al., 2007; Brady et al., 2008; Murphy et al., 2008; Rapp et al., 2008).

Selon Cumming et al. (2008) qui suggèrent d'enlever les contentions et prendre le risque que l'usager tombe, l'USP, dans son secteur à accès contrôlé, a choisi de prendre ce risque. Ainsi, les usagers faisant de l'errance peuvent circuler librement. Ce changement a permis de diminuer le stress pour le personnel et les usagers car la surveillance est en lien avec le risque de chute et non avec la problématique de l'errance. Dans ce secteur, il règne un climat paisible. Toutefois, il est important de mentionner que dans les autres secteurs de l'USP, la contention est un moyen de dernier recours mais dans ces cas, les raisons ne visent pas l'errance.

Finalement, un outil d'analyse après la chute est en développement et aidera les infirmières à mieux cerner les risques chez les usagers à chutes multiples.

❖ *Conclusion*

Diminuer les chutes ne relève pas du surréalisme. Le succès obtenu à HMR s'appuie sur un personnel interdisciplinaire qui a mis en œuvre différentes stratégies intégrées dans le quotidien afin de répondre aux besoins spécifiques de chacun des résidents en lien avec le risque de chute. Dans cette unité de soins, la chute est l'affaire de chacun, dans un objectif d'unité, soutenu par l'ensemble des intervenants. Ce résultat apporte fierté à l'équipe mais avant tout un soin de qualité aux résidents et à leur famille.



NOTES

¹ L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, centre hospitalier de 725 lits affilié à l'Université de Montréal, comprend l'Unité des Soins Prolongés (USP) de type transitoire. Celle-ci se compose de trois secteurs : un secteur de 36 lits à accès contrôlé qui accueille principalement les patients avec atteintes cognitives et deux autres secteurs de 36 lits qui hébergent d'autres types de clientèle. Chaque résident admis à l'unité de soins est en processus d'hébergement définitif vers une autre centre. L'unité reçoit 450 admissions par année, la durée de séjour étant d'environ trois mois.

L'unité de 108 patients est dirigée par un chef d'unité. L'intégration clinique est faite par une monitrice clinique à temps complet. Un assistant infirmier-chef est présent sur chaque quart de travail. Une adjointe administrative (commis réceptionniste) est attitrée sur chaque unité pour le quart de jour seulement. Dans chacun des secteurs, les équipes se composent d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires

² Une roulette de couleur installée à la tête du lit indique le niveau de risque de chutes de la personne hospitalisée, afin de lui apporter l'assistance approprié pour prévenir chutes et blessures.

Rouge	Signifie un risque élevé de chutes Requiert vigilance et aide à tout moment
Jaune	Signifie un risque moyen de chutes Requiert surveillance et assistance lors des levers et déplacements
Vert	Signifie une absence de risque de chutes
Blanc	Signifie que le risque de chutes n'a pas été évalué.

RÉFÉRENCES

Brady, R. & Lamb, V. (2008). Assessment, Intervention, and Prevention of Falls in Elders with Developmental Disabilities. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. Volume 24(1), pp.54-63.

Bouween, A. De Lepeleire, J. & Buntinx F. (2008). Rate of accidental falls in institutionalised older people with and without cognitive impairment halved as a result of a staff-oriented intervention. *Age and Ageing*, 37(3), pp 306-310.

Coussemont, J., De Paepe, L., Schwendimann, R. & Denhaerynck, K. (2007). Interventions for Prevention Falls in acute and Chronic-Care Hospitals : A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 56(1), pp. 29-36.

Cumming R. G., Sherrington, C. Lord, S.R. Simpson, J.Mé Vogler, C., Cameron, I.D. & Naganathan, V. (2008). Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. *Research*, Volume 336, pp.758-760.

Gates, S., Lamb, S.E., Fisher, J.D., Cooke, M.W. & Carter, Y.H. (2008). Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *Research*. August, bmj.com. pp. 1-9.

Gutierrez F & Smith, K. (2008). Reducing Falls in a Definitive Observation Unit: An Evidence-Based Practice Institute Consortium Project, *Critical Care Nursing Quar*. Volume 31(2), pp.127-139.

Henriks, M.R.C., Bleijlevens, M.H.C., Haastregt, J.P.M., De Bruijn, F.H., Diederiks, J.P.M., Mulder, W.J. & all (2008). A Multidisciplinary Fall Prevention Program for Elderly Persons: A Feasibility Study. *Geriatric Nursing*, Volume 29(3), pp. 186-196.

Hôpital Maisonneuve Rosemont (1999). *Guide de la prévention des chutes en fonction des facteurs de risque en milieu de soins de courte durée équipe interdisciplinaire des chutes*. Montréal : Édition de l'HMR.

Hôpital Maisonneuve Rosemont (2007). *Politique et règlement sur la contention et isolement du Conseil d'administration*. CA-013, Montréal, édition de l'HMR.

Hôpital Maisonneuve Rosemont (2007-2008). *Résultats d'indicateurs de qualité pour l'année 2007-2008*, Dépôt au conseil d'administration.

Lancaster, A.D., Ayers, A., Belbot, B., Goldner, V., Kress, L., Stanton, D.,

Jones, P. & Sparkman, L. (2007). Preventing Falls and Eliminating Injury at Ascension Health. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33 (7): 367-370.

MSSS (2006). *Programme de formation vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Québec : La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS (2006). *Mesures de remplacement à la contention auprès des personnes âgées à risque de chute. Mesures de remplacement de la contention et de l'isolement*. Québec. La Direction des communications de la santé et des services sociaux, p.10

Murphy, T. Labonté, P. Klock, M. & Houser, L. (2008). Falls Prevention for Elders in Acute Care: An Evidence-Based Nursing Practice initiative. *Critical Care Nursing Quare*. Volume 31(1), pp.33-39.

Ordre des infirmiers et Infirmières du Québec, (2006). *Le plan thérapeutique infirmiers*. Montréal, édition de OIIQ.

Rapp, K. Lamb, S.E. Büchele, G. Lall, R. Lindermann, U. & Becker, C. (2008). Prevention of Falls in Nursing Homes: Subgroup Analyses of a Randomized Fall Prevention Trial. *Journal American Geriatrics Society*. 56, pp. 1092-1097.

Rask, k., Parmelee, P.A. Taylor, J.A., Grren, D., Brown, H., Hawley, J., Schild, I. & all. (2007). Implementation and Evaluation of a Nursing Fall Management Program. *The American Geriatric Society*. 55. pp.342-349.

Renteln-Kruse, W.V. & Krause T. (2007). Incidence of In-Hospital Falls in Geriatric Patients Before and After the Introduction Team-Based Fall-Prevention Intervention. *Journal American Geriatrics Society*. 55, pp. 2068-2074.

Roy, O., Mauro S. et Gagnon R. (2006). *Programme national pour la réduction de la contention et de l'isolement, vignette clinique sur les chutes*. Édition du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec

Remerciements :

Les auteurs souhaitent remercier les membres de l'équipe interdisciplinaire de l'unité des soins prolongés de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, pour leur engagement auprès de la clientèle et pour cette réussite qui est due, avant tout, à l'effort de tous au quotidien pour assurer la qualité des soins de nos résidents.

Louis Bolduc, M. Sc. Inf., est coordonnateur à l'amélioration de la qualité des soins à la direction des soins infirmiers de l'HMR.

Jobanne Senneville, M. Sc. Inf., est conseillère clinicienne en soins infirmiers à la direction des soins infirmiers et attirée à la clientèle des personnes âgées de l'HMR.

Jobanne Leblanc, B. Sc. Inf., est monitrice clinique à l'USP de l'HMR.

Jean-Pierre Bouchard, inf. B. Sc., est chef d'unité à l'USP de l'HMR.

De l'interdisciplinarité vers le domicile

*Alain Coulombe, directeur adjoint clinique,
Claire Sanscartier, chef d'unité*

Les principes de qualité de vie et de dignité sont des termes que l'on utilise couramment dans les CHSLD. En fait, que signifie respecter la dignité chez l'ainé et promouvoir sa qualité de vie ? Véritable enjeu dans un contexte souvent complexe lorsque la demande d'hébergement est enclenchée ?

Voici l'histoire de Mme Nadeau. Dame de 87 ans née à Beauceville, elle vivait seule dans son appartement de Montréal. Elle est veuve depuis 1998. Madame n'a pas eu d'enfant de ses deux mariages, mais reste en contact avec les trois enfants de son deuxième mari et ses deux neveux. Madame possède un baccalauréat en musique et l'enseignait. Comme loisirs, elle aime la musique et regarder la télévision.

Le 17 mai 2007, madame a été hospitalisée suite à un infarctus, pneumonie d'aspiration et diarrhée. Elle est nourrie par tube de jéjunostomie. Madame est en grande perte d'autonomie et son état se détériore. Le CLSC, la jugeant incapable de retourner chez elle, favorise l'hébergement en centre de soins de longue durée. Son admission a lieu au CHSLD St-Georges, le 21 novembre 2007.

Dès son arrivée au centre, madame exprime très clairement ses besoins et ses attentes. Elle décide sans hésitation de son échelle de niveau de soins « 3 sur 4 », c'est-à-dire aucun transfert en centre hospitalier de courte durée et pas de réanimation cardio-respiratoire. Elle ne veut être un fardeau pour personne et demande qu'on respecte son choix dignement. Tout ce qu'elle demande compte tenu de son âge, ce sont les valeurs d'autonomie et de liberté.

Le 23 avril 2008, madame fait appel à la travailleuse sociale du centre et exprime son désir de retourner vivre à domicile dans le même immeuble où elle vivait antérieurement, dans cet endroit « cosmopolite » où il y a des personnes de tout âge qui lui font oublier son âge. Son moral se détériore depuis qu'elle vit au centre. De plus, madame explique clairement la différence pour elle entre mourir ici ou dans un appartement. Elle serait plus heureuse à la maison et elle dit : « de toute façon, je ne suis pas à réanimer, puis-je finir mes jours à ma manière et pourquoi quelqu'un

choisirait-il à ma place où je dois mourir ? Je suis une personne lucide et capable de faire des choix ».

Madame nous parle de ses amies qui lui sont fidèles, de sa dame de compagnie qui vient quelques heures par jour et d'une amie infirmière à la retraite. Elle se sent bien supportée et accompagnée dans sa démarche de vivre selon ses convictions. Madame explique qu'elle n'est pas heureuse dans un CHSLD et qu'elle meurt à petit feu. La notion de qualité de vie dans la souffrance psychologique est complexe et délicate. Comme le mentionne le Dr Noël Simard, bioéthicien (2006) : « Que faut-il entendre par qualité de vie ? N'y-a-t-il pas un ensemble de conditions qui est essentiel ? Il est de notre devoir d'établir, de favoriser, quel que soit l'âge, de participer à l'établissement d'un milieu de vie favorable à l'épanouissement de toute personne humaine ».

C'est une demande surprenante! Habituellement les personnes admises en CHSLD ne retournent pas à domicile dans des conditions précaires nécessitant des soins spécifiques. Nos premières pensées laissent croire que madame ne peut demeurer seule à domicile et qu'elle doit avoir de l'aide 24 heures sur 24. Cependant, il est important pour nous de respecter son choix de vie, son autonomie et sa dignité.

Une discussion est alors amorcée avec la conseillère en milieu de vie qui ne croit pas que cette possibilité soit réaliste à moins que madame puisse se payer un service privé 24 heures sur 24. L'équipe interdisciplinaire est demandée rapidement pour valider la requête de madame. Malgré nos premiers constats et notre insécurité face à cette demande, nous informons madame que nous procéderons à des évaluations afin de réaliser son rêve. Madame n'est pas confortable dans le processus d'évaluation par crainte de refus du retour à domicile. En expliquant l'importance de la démarche, elle collabore rapidement pour accélérer sa requête. Son choix est justifié et éclairé.

Des rencontres avec le CLSC s'intensifient pour enclencher le processus de départ pour une nouvelle vie. Il fallait s'assurer qu'un médecin prendrait madame en

charge à domicile, et que le CLSC offrirait certains soins nécessaires. Madame devra combler avec son réseau pour tout autre soin. Il fallait s'assurer aussi que sa dame de compagnie continuerait de s'occuper d'elle. Plusieurs rencontres interdisciplinaires eurent lieu avec divers intervenants.

Madame Nadeau a pris les choses en mains et avec détermination et a décidé d'entreprendre elle-même les démarches. Elle a contacté la gérance de son ancien immeuble pour faire la location de son logement pour le premier juin 2008. Aucune date précise de son départ n'est officielle et l'équipement nécessaire pour son maintien à domicile n'est encore disponible (ex.: lit d'hôpital avec matelas thérapeutique, lève-personne, pompe à gavage, alimentation spécifique, téléphone).

Entre temps, nous avons donné une formation à sa dame de compagnie pour le fonctionnement du gavage, des transferts avec le lève-personne, l'administration de la médication et l'hydratation par tube de jéjunostomie. Pour faciliter le confort et faire face à un manque de ressource durant la nuit, une sonde vésicale à demeure a été installée car madame est incontinente.

Pendant ce temps, madame préparait son déménagement. Sa chambre contenait des boîtes avec tous ses effets personnels et lui rappelait que son désir de retourner à domicile allait se réaliser bientôt.

Ce jour tant attendu arriva avec des émotions très intenses. Le déménagement se déroula tel que prévu. Son rêve venait de se réaliser, enfin de retour chez elle. Notre engagement comme établissement a été de valider la sécurité et le support nécessaire dans son nouveau milieu de vie.

Un mois après son retour à domicile, une visite de courtoisie a été planifiée. Durant cette période, madame préparait son aménagement intérieur. Dès notre arrivée, un sourire nous attendait. Madame nous raconte qu'elle est sortie pour la première fois pour aller chez la coiffeuse pour notre visite. Elle nous mentionne qu'elle est très heureuse d'être revenue en appartement et ne regrette nullement son choix.

L'autonomie à domicile est-elle possible lorsqu'elle est prise en charge dans notre système de santé par les professionnels ? Être à l'écoute et croire au potentiel de l'ainé, c'est aussi lui permettre de réaliser ses projets de vie.

L'engagement, la mobilisation et la coordination de l'ensemble des professionnels sont également des éléments clés de la réussite de cette démarche d'amélioration de la qualité de vie de madame Nadeau.

Beau succès !

NOTE

Le Groupe Roy Santé comprend le CHSLD St-Georges et le Centre Le Royer.

Le CHSLD St-Georges est un Centre privé conventionné qui accueille 360 résidents. Il est situé au 3550 rue St-Urbain, Montréal H2X 4C5

RÉFÉRENCE

Simard, Noël. (2006). Au sujet de la Société de l'arthrite

Vient de paraître

Mario Paquet, *Entretien avec une aidante surnaturelle : Autonome s'émène pour prendre soin d'un proche à domicile*, PUL, 143 pages

Ce livre explore la réalité d'une expérience de soins à domicile à travers un dialogue entre l'auteur et le personnage Autonome (une femme!) qui prend soin de son conjoint. Ce dialogue a lieu dans un contexte où la situation d'Autonome S'émène est plutôt difficile. Témoin de son cri d'alarme, le lecteur découvrira pourquoi elle est toujours, et plus que jamais, une aidante surnaturelle, une sorte de *femme-orchestre* dont l'engagement dans les soins est loin de diminuer, même si la rhétorique politique est favorable à son soutien.... (Extrait de la couverture).

J'ai lu (Été 2009) présentera un résumé de ce livre.

Des services et ressources à la portée des personnes atteintes d'arthrite et d'arthrose



La Société
de l'arthrite

Nathalie Desjardins

La Société de l'arthrite est le principal organisme de bienfaisance dans le domaine de la santé au Canada qui encourage les quelque 4,5 millions de Canadiens atteints d'arthrite à profiter pleinement de la vie en combattant les limites que cette maladie impose au quotidien.

En 60 ans, la Société a investi 160 millions de dollars dans la recherche sur l'arthrite dans le but de favoriser l'élaboration de meilleurs traitements et la découverte de remèdes définitifs. Au Québec seulement, 1,1 million de personnes luttent actuellement contre l'arthrite, ce qui en fait la maladie chronique la plus répandue. L'arthrite compte parmi les motifs les plus fréquents de consultation chez le médecin au Canada et près de 10 % des admissions à l'hôpital sont liées à cette maladie.

La Société de l'arthrite offre une foule de services pour aider les personnes atteintes à mieux vivre avec la maladie. Disponibles un peu partout au Québec, ces programmes et outils ont été élaborés pour répondre à des besoins concrets. Malheureusement, ils sont souvent encore méconnus des arthritiques et des professionnels de la santé. Nous croyons que les infirmières et infirmiers en gérontologie peuvent contribuer à informer les patients en leur faisant part des services et ressources que nous pouvons leur offrir. Voici donc un aperçu de ce que la Société de l'arthrite peut offrir.



Des activités

Programme d'initiative personnelle contre l'arthrite (PIPA)

Offert au Québec depuis 17 ans, le PIPA est un programme qui a été conçu dans le cadre d'un projet de recherche scientifique qui s'est déroulé sur une période de cinq ans et qui a été mené par Kate Lorig et son équipe de la « *Stanford Arthritis Center de l'Université de Stanford aux États-Unis* ». Le projet a fait l'objet d'évaluations dans

des études à répartition aléatoire menées chez plus de 300 personnes. Ces études ont permis de découvrir que les personnes qui avaient suivi le cours comparativement à celles qui ne l'avaient pas suivi avaient acquis des habitudes plus saines (exercice physique, soulagement des symptômes par des techniques cognitives, moyens de composer avec la maladie et communication avec les médecins). De plus, elles avaient amélioré leur état de santé (selon ce qu'elles signalaient au médecin au sujet de leur état de santé, de leur fatigue, de leur incapacité, de leurs activités ou rôles sociaux et de leur détresse). Le nombre de jours passés à l'hôpital avait diminué.

Le PIPA s'adresse aux personnes qui souhaitent avoir tous les outils nécessaires pour gérer la douleur associée à l'arthrite. Ce programme peut les aider à mieux comprendre leur maladie et son traitement et à trouver des moyens de composer avec la douleur chronique. Il permet d'obtenir de l'information et d'acquérir de nouvelles aptitudes, d'échanger des idées et de partager des expériences. Le programme ne vise aucunement à remplacer les soins médicaux, mais donne la chance au participant de contribuer activement à la prise en charge de sa maladie en collaboration avec l'équipe soignante. Le programme est offert un peu partout dans la province de Québec. Animées par des bénévoles qualifiés, eux-mêmes atteints d'arthrite pour la plupart, les six séances de deux heures chacune sont échelonnées sur six semaines. Les frais pour la formation sont de 38 \$, incluant le livre *L'Arthrodidacte*.

Forums de patients

Ces forums s'adressent à toute personne désireuse d'en apprendre davantage sur l'arthrite. Il s'agit de conférences données par un rhumatologue et d'autres professionnels de la santé dont des ergothérapeutes et des nutritionnistes qui présentent les principales formes d'arthrite, leurs symptômes et leurs traitements. Une douzaine de conférences gratuites sont ainsi données annuellement un peu partout au Québec.

Ateliers d'information sur l'arthrite

Les ateliers d'information sur l'arthrite sont destinés à tout groupe de 25 personnes et plus. Ils permettent à des groupes existants de recevoir la visite d'un membre de la Société de l'arthrite qui présentera les principales formes d'arthrite et offrira plusieurs conseils pour une meilleure gestion du stress, de la fatigue et de la douleur occasionnés par cette maladie.

La date de l'atelier est fixée par la Société de l'arthrite avec la personne responsable du groupe, en fonction des disponibilités. Les groupes souhaitant recevoir la visite de la Société de l'arthrite pour la tenue d'un atelier d'information doivent disposer d'un local à cette fin.

Mes articulations, j'y vois

Considérant le vieillissement de la population et l'augmentation des douleurs musculosquelettiques en milieu de travail, le programme de prévention « Mes articulations j'y vois », destiné aux entreprises, informe les employés quant aux douleurs liées à l'arthrite, les maux de dos ou toutes douleurs en « ite » telles que la tendinite, l'épicondylite, etc.



Des services

La Société de l'arthrite offre gratuitement différents services dont une ligne téléphonique d'information **1 800 321 1433** par laquelle il est possible d'obtenir de l'information et des conseils variés au sujet de la maladie. Elle offre aussi l'envoi de trousseaux d'information personnalisés, l'accès à un site web www.arthrite.ca contenant plus de 18 000 pages d'information. Nous pouvons également recommander les personnes arthritiques à un des 40 groupes d'entraide existant à travers le Québec. Un nouveau projet de ligne d'écoute est également sur le point de voir le jour pour les personnes qui auraient besoin de plus de soutien.



Des ressources

La Société de l'arthrite met à votre disposition toute une panoplie de documents destinés à vous informer et à vous aider à mieux vivre avec l'arthrite.

LES LIVRES

- *L'arthro-didacte : L'art de vivre avec son arthrite*, 2ème édition, Kate Lorig, R.N., Dr. P.H. et James F. Fries,

M.D., ERPI, 2001

- *Le plaisir de bouger*, Nathalie Lambert, Les éditions de l'homme, 2006
- *Les livres de la Clinique Mayo*, tels que :
 - *L'arthrite*, 2e édition, Gene Hunder, M.D., Broquet Inc., 2005
 - *La douleur chronique*, David W. Swanson, M.D., Lavoie Broque Inc., 2000
 - *La dépression, Vieillir en santé, Le poids santé*

DVD ET CD

- DVD d'exercices « Célébrez une vie active »
- CD audio de relaxation

LES DÉPLIANTS

- Le guide Alimentation et arthrite
- Le Guide du consommateur sur les médicaments contre l'arthrite
- La Trousse d'accompagnement d'un nouveau diagnostic
- Le Journal de prise en charge de la douleur arthritique
- Une collection rééditée de dépliants individuels sur les différentes formes d'arthrite et les options de traitement pour chacune, soit : Spondylarthrite ankylosante, Polyarthrite rhumatoïde, Arthrose, Arthrite psoriasique, etc.
- Une collection rééditée de feuillets d'information sur l'arthrite, la fibromyalgie, la goutte et le lupus
- Les 10 meilleurs exercices
- La brochure Sexualité et arthrite
- La liste des rhumatologues et des groupes d'entraide de votre région

Pour obtenir de plus amples informations concernant chacune de ces activités et services, pour connaître les dates et les lieux où ils se tiennent, pour s'y inscrire, ou pour commander des brochures communiquez avec la Société de l'arthrite au 1 800 321-1433

Madame Desjardins est la directrice des services éducatifs de la Société de l'Arthrite.

In memoriam

Hommage à madame Thérèse Darche

Olivette Soucy, inf.

Le 2 juillet 2008 mourrait à Montréal madame Thérèse Darche. La période estivale aidant, peu de personnes ont témoigné de la vie extraordinaire que cette infirmière aura vécue et de son implication dans la naissance de la gérontologie au Québec.

Née à Montréal le 29 avril 1918, en plein cœur de la ville, madame Darche a toujours voulu aider les autres. Elle entre donc naturellement en communauté chez les Soeurs de la Charité de Montréal, communément appelées Les Sœurs Grises. Déjà volontaire, elle le fait sans la permission de ses parents qui trouvaient que « les filles qui entraient en religion, c'était parce qu'elles ne pouvaient trouver de mari ». Elle y est restée 25 ans.

Après un baccalauréat à l'Institut Marguerite d'Youville (1946), elle mène une carrière vouée à l'enseignement, particulièrement au niveau du vieillissement. En 1970, elle décide de fonder une Association de Gérontologie qui sera d'abord canadienne de 1970 à 1978 puis exclusivement québécoise à partir de 1978. Aujourd'hui reconnue comme une section de l'Association canadienne pour l'avancement des sciences (ACFAS), elle est devenue une interlocutrice auprès de l'Association canadienne (ACG). Madame Darche fut membre de divers groupes de travail pour le MSSS et présidente de plusieurs conseils d'administration. Elle continuait son implication au MSSS même à 80 ans. D'ailleurs, sa carte d'affaire portait la mention « En route vers la retraite... ». Ce n'est qu'au cours des trois dernières années de sa vie, alors que la maladie lui enlevait doucement ses capacités, qu'elle avait accepté d'inscrire le terme « retraitée ».

On peut dire que Thérèse Darche était une gérontologue dans l'âme. Membre honoraire de notre Association, elle a assisté jusqu'à un âge avancé à nos colloques et à nos soupers causerie. Elle y était souriante et donnait son opinion. Elle semblait heureuse de voir le développement des soins gérontologiques. Pour son quatre-vingtième anniversaire, l'AQIIG avait souligné son dévouement à la profession en lui remettant une gerbe de fleurs.

Madame Darche, vous dont la devise était : « *Pour bien vivre, il faut avoir quelqu'un à aimer, quelque chose à faire et quelque chose à désirer* », vous avez bien rempli votre mission...

Merci de la part des infirmières

RÉFÉRENCE

AQIIG (2005) Des gens remarquables : Thérèse Darche et la Gérontologie au Québec, *La Gérontoise*, vol 16 (1) janvier, 15-19

L'auteure

Olivette Soucy a été membre de l'Association québécoise de gérontologie (AQG) de 1984 à 1997

J'ai lu

Isabelle Yelle

Doucet, Hubert, (2008), *Soigner en centre d'hébergement, repères éthiques*, Éditions Fides, 174 pages.

Dans cet ouvrage, l'auteur aborde des questions éthiques régulièrement soulevées dans les milieux de longue durée. Comment déterminer si le recours à la contention respecte la personne? Faut-il toujours alimenter une personne malade? Quels sont les défis éthiques de la réanimation cardiorespiratoire? Pourquoi continuer à traiter une personne qui n'a plus de qualité de vie? Que faire en présence d'une personne jugée inapte? Faut-il limiter les soins à offrir aux personnes âgées? Tous ces thèmes sont abondamment illustrés de vignettes cliniques et d'exemples réels qui ont alimenté l'actualité des dernières années.

Le premier chapitre du livre est consacré au recours à la contention. À l'aide de l'histoire de monsieur Leduc, l'auteur expose les demandes d'une famille entourant l'utilisation de la contention, de même que les réactions des soignants. Hubert Doucet souligne la position délicate dans laquelle se retrouvent souvent les infirmières lorsque la possibilité de mesure de contrôle est envisagée. Elles sont en effet au cœur des demandes et des attentes de la personne âgée et sa famille. Elles se trouvent fréquemment dans un rôle « d'agent double » puisqu'elles ont à la fois le devoir de protéger les droits du patient et les politiques de l'établissement, dont celles du contrôle des coûts. Mais comment prendre la meilleure décision? L'auteur propose une démarche d'équipe impliquant tous les intervenants concernés, autant le médecin traitant que le préposé aux bénéficiaires ou le préposé aux loisirs. Toutes ces personnes portent un regard différent sur les forces et les faiblesses du résidant et peuvent donc élargir le faisceau d'informations et de suggestions.

L'arrêt de l'alimentation artificielle est ensuite abordé. On décrit la situation d'un homme ne pouvant s'alimenter de façon naturelle et dont l'état requiert une alimentation par tube. Le résidant a déjà retiré

ce tube à deux reprises et la famille est ambivalente quant à sa réinstallation ou non. L'auteur met encore une fois en relief la situation difficile dans laquelle se trouve l'infirmière, souvent aux premières lignes pour faire face aux exigences de la famille, alors que la décision appartient au médecin, absent de la résidence et ne pouvant être rejoint. La piste proposée par l'auteur pour « bien faire » passe par une rencontre entre les soignants et la famille. Dans cette section du livre, on décrit aussi les éléments qui ont été pris en considération dans la situation fort médiatisée de Terri Shiavo aux États-Unis, en 2005.

La réanimation cardiorespiratoire (RCR) est l'un des thèmes les plus discutés en bioéthique, et ce, depuis de nombreuses années. Les lignes directrices qui existent au Canada et dans d'autres pays quant aux circonstances dans lesquelles il est approprié de réanimer et quant aux règles de procédure à suivre selon les circonstances sont présentées.

Ensuite, les difficultés vécues par les intervenants du milieu de la santé sont exposées. Des thèmes tels que la détermination du niveau de soins, le dialogue avec la personne et la place des proches sont ainsi abordés. Enfin, Hubert Doucet discute des exigences qui s'imposent aux professionnels pour favoriser le respect du patient dans ces moments difficiles pour tous. Il propose l'élaboration de lignes directrices locales concernant la réanimation, pour favoriser la participation et le dialogue au sein de la collectivité qu'est l'établissement, ce qui inclut le comité des usagers.

Un autre thème fréquemment abordé est celui de l'arrêt de traitement et de l'euthanasie. L'accélération de la fin de vie et l'acharnement thérapeutique sont des principes opposés. Pourtant, plus profonde que la différence entre ces deux écoles de pensée, se trouve une incapacité com-

mune de reconnaître que la mort fait partie de la vie. L'auteur explique le principe de l'action à double effet qui vise à tenir ensemble deux préoccupations majeures des soignants : respecter la vie (ne pas hâter la mort du patient) et être compatissant (soulagement des douleurs qui accompagnent le progrès de la maladie). En tentant d'adoucir les douleurs, il est cependant possible que les médicaments puissent avoir comme conséquences d'accélérer la mort. La primauté est accordée à la compassion, tout en respectant la vie. Ce chapitre nous amène à réfléchir sur la mort, dans le contexte de la médecine moderne qui la considère comme son pire ennemi. Les lois des Pays-Bas et de la Belgique en ce qui concerne l'euthanasie sont présentées et discutées.

Que faire lorsque la personne ne peut exprimer son point de vue parce qu'elle est incapable ou qu'elle est jugée inapte par la société? Qui doit décider? Comment déterminer si la décision prise promeut les meilleurs intérêts de la personne inapte? Voilà des questions qui reviennent régulièrement. En comparant les lois et les coutumes en vigueur au Québec et en France, l'auteur explore ces délicates questions. Les éléments à prendre en compte sont nombreux et complexes pour tenter de respecter une personne incapable d'exprimer sa volonté au moment où une décision s'impose.

Le dernier chapitre de l'ouvrage est consacré à la disponibilité des ressources. L'idée d'utiliser l'âge comme critère pour limiter l'accès à certains soins ou services soulève bien des questionnements d'ordre éthique. Pourtant, au Québec, on se refuse à tenir un tel débat sur la place publique. Hubert Doucet fait voir chaque côté de la médaille et invite le lecteur à une réflexion. Notre société doit se poser la question de savoir si l'objectif de notre système de santé est d'éviter la mort à tout prix ou de manifester de la compassion et de l'attention à une personne qui souffre et dont la maladie peut entraîner la mort. Par ailleurs, l'âge en soi n'est pas un critère déterminant dans le succès ou l'échec de certaines interventions médicales. L'état de santé général constitue un facteur beaucoup plus déterminant. Selon l'auteur, un dialogue intergénérationnel s'impose quant à ce que les personnes âgées peuvent demander à la société, et ce que la société est en devoir de leur offrir.

Ce court ouvrage se lit comme un roman. Il invite à la réflexion quant aux principales questions éthiques reliées aux soins aux personnes âgées, qu'elles soient hébergées ou non.

Retenons surtout que le dialogue est souvent la clé pour dénouer des situations qui semblent être dans une impasse.

L'AQIIG soutient la relève en gérontologie!

Au cours d'une soirée de reconnaissance organisée le 2 décembre 2008, en l'honneur des donateurs et des partenaires de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, la doyenne, madame Francine Girard, a remercié la présidente de l'AQIIG, madame Francine Lincourt Éthier, pour le soutien que l'Association apporte aux étudiants inscrits aux études supérieures en accordant une bourse doctorale de 20 000 \$ pour l'année 2009.

Cette bourse sera dédiée à la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille et permettra d'appuyer un projet d'études d'une étudiante de 3^e cycle dont l'intérêt portera sur les soins aux personnes âgées et à la famille. Par ce geste, l'AQIIG désire contribuer au développement de la recherche et au soutien de la relève dans ce domaine.



De gauche à droite
Francine Girard, doyenne FSI, Francine Lincourt Éthier, présidente de l'AQIIG Francine
Ducharme, titulaire de la Chaire Desjardins

Entre Sherbrooke et Montréal, une infirmière passionnée réussit son projet de doctorat!

Pour réaliser son projet d'études doctorales, madame Krystyna Klodnicka Kouri, conseillère cadre en soins infirmiers au CSSS-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, a partagé sa vie professionnelle à Sherbrooke et sa vie académique à Montréal. Elle a su concilier ses multiples occupations pour entreprendre une recherche fort intéressante auprès des personnes âgées atteintes de démence en début de parcours de leur maladie ainsi qu'auprès de leurs proches.

Candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, madame Kouri a présenté devant jury, le 11 septembre 2008, les résultats de son étude intitulé: «*Développement et évaluation d'une intervention psychoéducatrice axée sur la communication et conçue pour l'aidant d'un proche en phase initiale de la maladie d'Alzheimer.*» Ce projet de recherche expérimental a permis de développer et d'évaluer une intervention de nature psychoéducatrice ciblant la communication des aidants avec leur proche âgé atteint de démence à un stade léger.



De gauche à droite : Francine Ducharme, Krystyna Kouri, Louise Lévesque

Madame Kouri est une étudiante de madame Francine Ducharme, chercheure au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM) et titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Elle s'est mérité plusieurs bourses, notamment la bourse doctorale offerte par le Fonds Léopold Renaud, la bourse doctorale dédiée à la Chaire Desjardins par la Fondation de la recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ), la bourse du Groupe de recherche interuniversitaire en sciences infirmières de Montréal (GRISIM), une bourse de la Fondation des infirmières et infirmiers du Canada, et tout récemment une bourse postdoctorale «fellow» au Centre gériatrique Maimonides à Montréal.

Des félicitations sont offertes à cette infirmière passionnée et bien engagée dans sa profession et dans le soin aux personnes âgées et à leur famille ainsi que pour la réussite de sa soutenance de thèse.

D. Saulnier, M.Sc.inf.

Coordonnatrice, Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille

Erratum

Dans l'article « *La confusion aiguë en centre hospitalier : victimes, interventions et intervenants multiples* » de Bélanger et Wanis, publié dans le numéro d'été 2008 (v. 19 no 2, pp. 10-14), le tableau 3 en page 13 aurait dû se lire ainsi :

Interpersonnel	Physique	Sensoriel
Communication thérapeutique	Gestion de la douleur Mobilisation précoce	Vision / Audition Orientation / Visite quotidienne
Explication	Alimentation / hydratation	Activités thérapeutiques
Rétrospective exploratoire	Gestion du sommeil Gestion de l'agitation	

Tableau 3.

Les composantes de l'environnement de soutien interpersonnel, physique et sensoriel.

Pour toute communication avec l'Association

Une seule adresse : AQIIG
4565, chemin Queen-Mary, Montréal (Québec) H3W 1W5
Tél. : (514) 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)
Courriel : info@aqiig.org
www.aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2008-2009

- Francine Lincourt Éthier, présidente
Résidence Angelica
(514) 324-6110, poste 288
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
 - Marie-Claire Barsalou
(514) 934-1934, poste 46300
 - Anne Breton, vice-présidente
abreton@videotron.ca
 - Maria Crescenzi, administratrice
Résidence Angelica
(514) 324-6110, poste 287
mariacrescenzi@sympatico.ca
 - Johanne Dumas, coordonnatrice des activités
Institut universitaire de gériatrie de Montréal
(514) 340-2800, poste 3426
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
 - Rosa DelVecchio, administratrice
CSSS de la Montagne, CLSC Métro
(514) 934-0505, poste 7287
rdelvecchio@ssss.gouv.qc.ca
 - Johanne Senneville, administratrice
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
(514) 252-3400, poste 5291
 - Olivette Soucy, administratrice
(514) 504-6279
olivette_soucy@hotmail.com
 - Michel Vaillancourt
 - Isabelle Yelle, administratrice
(514) 381-9311, poste 3099
isabelle.yelle.csssamn@ssss.gouv.qc.ca
-
-

Changement d'adresse

Nouvelle adresse : _____ # membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

À compter du : _____

Nouvelle adresse : _____ # membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

À la recherche d'auteurs...

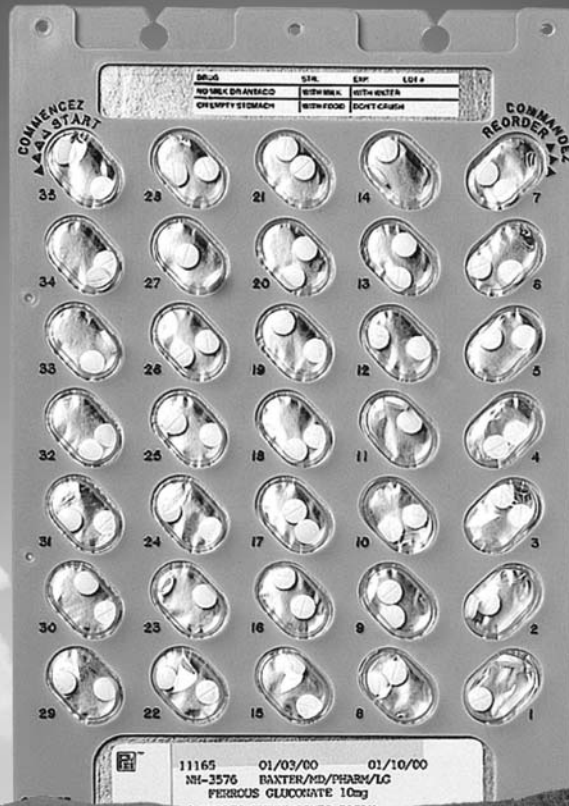
Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et vous voulez le faire connaître... Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager... Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats... Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

N'hésitez pas à nous rejoindre pour nous soumettre vos articles. Nous sommes toujours à la recherche de nouvelles idées de publication qui répondent aux besoins de nos lecteurs et augmentent les connaissances.

Courriel de l'Association : info@aqiig.org.

Il est temps de parler
à votre pharmacien
d'éliminer les déchets
de carton en passant
aux cartes de plastique
réutilisables Manrex.

Chaque année, les
centres d'accueil
moyens de 200 lits
envoient près de
30 000 cartes de
médicaments en
carton au rebut.



MANREX Ltée

Systèmes de distribution de médicaments

Manrex a pris l'engagement de réduire les erreurs de médicaments à domicile et au sein du système des soins de santé

www.manrex.com