

# La Gérontoise



Association québécoise des infirmières  
et infirmiers en gérontologie

## Les soins spirituels

<b>Mot de la présidente</b> - FRANCINE LINCOURT ÉTHIER	1
<b>Éditorial</b> - OLIVETTE SOUCY	2
<b>Recherche</b>	
- Exploration du rôle de soutien et de conseil de l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie œuvrant en soins de courte durée	3
- DIDIER MAILHOT-BISSON ET CÉCILE MICHAUD	
<b>Expériences cliniques</b>	
- L'accompagnement spirituel de personnes atteintes de déficits cognitifs : exploration de l'approche sensori-émotionnelle	10
- LINE LÉVESQUE	
- Des soins qui font du bien à l'âme et au corps en fin de vie	20
- JEANNE FORTIN-VILLENEUVE ET DIANE TAPP	
- SKYPE : un moyen innovateur de réduire l'isolement des personnes âgées vivant en institution	27
- CLAIRE BABIN ET LORRAINE LAFRANCE	
- La danse pour aider l'âme à s'envoler	29
- PRISCILLA SIMARD ET MARIE-NOËLLE GOY	
<b>Témoignages</b>	
- Les Alcooliques Anonymes : plus jamais seul(e)	30
- MARIE-REINE	
- Soigner les personnes âgées en CHSLD	32
- CHARLÈNE JOYAL	
- Moins d'infirmières dans les CHSLD : une mise en garde	34
- PHILIPPE VOYER	
<b>J'ai lu</b>	33

---

---

# La Gérotoise

---

Automne 2013, vol. 24. no 2

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary

Montréal H3W 1W5

site Web : [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)

courriel : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org)

tél. : (514) 340-2800, poste 3092

**Présidente de l'AQIIG :**

Francine Lincourt Éthier

---

## Rédaction

Directrice et

Rédactrice en chef : **Olivette Soucy**

Conseillère

clinique : **Johanne Senneville**

Révisseur

linguistique : **Claire Soucy**

Secrétaire :

**Luce Brazeau**

Collaborateurs :

**Claire Babin**

**Jeanne Fortin-Villeneuve**

**Marie-Noëlle Goy**

**Marie-Reine**

**Lorraine Lafrance**

**Julie Leroux**

**Line Lévesque**

**Didier Mailhot-Bisson**

**Cécile Michaud**

**Priscilla Simard**

**Olivette Soucy**

**Diane Tapp**

**Philippe Voyer**

---

## Production

Infographie et

impression : **ZOCA Communications**

Dépôt légal

4<sup>ème</sup> trimestre 2013

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 ainsi que 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](http://www.aqiig.org), ou communiquer au (514) 340-2800, poste 3092.

## Mot de la présidente

---



Chères collègues,

Il me fait toujours plaisir de vous rencontrer par le biais de *La Gérontoise*. Je vous sais très occupés; l'automne est toujours synonyme d'une grande charge de travail dans nos milieux.

Les membres du CA de votre Association travaillent également très fort. Lors de notre dernière assemblée générale en mai dernier, nous avons dit aux membres présents que nous voulions répondre aux demandes et suggestions émises lors du sondage de l'automne 2012 en rafraîchissant toute la structure de l'Association. Des groupes de travail ont été formés et des orientations stratégiques ont été créées. Elles touchent les statuts et règlements, le cahier de procédure, la mission, l'image de l'Association, les services offerts via le site Web, les activités de formation continue accréditée, une nouvelle image de la revue *La Gérontoise*. Tout ce renouveau vous sera présenté lors du colloque du printemps prochain. Nous travaillons présentement avec une firme de consultants, sur un plan marketing.

L'année 2014 est une année « charnière » pour l'AQIIG car nous fêtons notre 30<sup>e</sup> anniversaire de fondation. C'est pourquoi nous voulons relever avec fierté le défi de nous renouveler, et ce, à tous les niveaux. Le colloque de l'AQIIG aura lieu le 6 juin 2014. Vous connaîtrez alors notre nouvelle image, plus moderne et plus attractive. Le thème du colloque : *Soins et services aux personnes âgées et à leurs proches: une expertise à reconnaître et un avenir à assurer*. C'est un rendez-vous à inscrire déjà à votre agenda!

Par ailleurs, un souper-causerie aura lieu le 21 novembre prochain à Québec : *Les démences : des défis infirmiers surmontables au quotidien*. Deux conférencières, mesdames France Collin et Nancy Cyr, animeront la soirée. J'y serai présente, ainsi que quelques autres membres du CA. C'est un deuxième rendez-vous à Québec et nous espérons que vous y participerez en grand nombre.

Cette année, l'AQIIG n'a pas sollicité de subvention au Programme Québec ami des aînés (QADA), n'ayant pas de projets correspondant aux critères de subvention.

J'ai eu le plaisir de rencontrer madame Catherine Geoffroy, présidente de l'Association québécoise de gérontologie (AQG) : un échange intéressant duquel se dégage des possibilités de partenariats éventuels.

De plus, nous avons eu une demande de la Commission de la santé et des services sociaux pour une audition sur le document *L'Autonomie pour tous*, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. Nous avons dû, malheureusement, décliner cette invitation car les membres du Conseil d'administration, toutes bénévoles et travailleuses actives, ne pouvaient à si court terme, élaborer et présenter un mémoire, aussi bref soit-il. Nous avons rappelé que l'AQIIG a pour mandat premier la diffusion du savoir en géronto-gériatrie, ce qui requiert tout notre temps car le prochain colloque est en pleine préparation. Nous avons cependant spécifié que l'Association suivra leurs travaux avec le plus grand intérêt et les avons assurés que nos membres en seront informés.

Une autre demande visait une *Enquête publique sur un Guide de bonnes pratiques visant à favoriser la prolongation de la vie active des travailleuses et travailleurs expérimentés*. Un tel sujet n'entre pas dans notre mandat.

Entre temps, à la demande de l'OIIQ, nous avons collaboré au débat sur l'énoncé concernant la *Pratique infirmière en CHSLD*. C'est avec empressement que nous avons accepté de participer aux appels conférence organisés par notre Ordre professionnel concernant la prise de position sur ce sujet, ainsi qu'à la conférence de presse organisée à cet effet lors du Congrès des 27 et 28 octobre dernier.

Comme vous le voyez, l'AQIIG est très active et c'est avec enthousiasme que nous poursuivons notre effort de modernisation.

Au plaisir de vous rencontrer lors de nos activités

A handwritten signature in dark ink that reads "Francine Lincourt Éthier". The script is fluid and cursive, with the first name being the most prominent.

Francine Lincourt Éthier,  
Présidente de l'AQIIG

# Éditorial

Olivette Soucy, rédactrice en chef

---

Le numéro de l'automne 2013 porte sur les soins spirituels. Ils ont pour objectif de répondre aux besoins et aux espoirs que tout être humain porte en lui afin de découvrir le sens, le but et les valeurs de sa vie. Ils peuvent être poursuivis de différentes façons, mais doivent combler les attentes.

Il nous fait plaisir de présenter différentes façons d'accéder à ces soins de qualité. Elles émanent d'expériences qui sont poursuivies dans les milieux de soins.

**Line Lévesque**, faisant partie d'un groupe d'accompagnateurs spirituels du CSSS du Nord de Lanaudière, utilise une approche sensori-émotionnelle plutôt qu'une approche cogito-émotionnelle auprès des personnes en pertes d'autonomie cognitive. Elle présente *L'accompagnement spirituel de personnes atteintes de déficits cognitifs: exploration de l'approche sensori-émotionnelle* et signale des résultats étonnants.

Dans le même esprit d'assurer des soins spirituels de qualité, **Jeanne Fortin-Villeneuve**, infirmière à la Maison de soins palliatifs Michel Sarrazin et **Diane Tapp**, chercheure, décrivent *Des soins qui font du bien à l'âme et au corps en fin de vie*. Ces soins s'inspirent de la théorie de *l'humaindevenant* de Parse (2003). Cette expérience clinique répond aux désirs de l'être humain qui, même en fin de vie, veut diriger sa vie et prendre les décisions le concernant.

**Didier Mailhot-Bisson** et **Cécile Michaud** ont, lors d'une recherche, expérimenté l'importance du rôle joué par une infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie oeuvrant en soins de courte durée. Les connaissances et les qualités qu'elle doit posséder inspirent les équipes de soins à suivre ses conseils pour le plus grand bien des malades.

Deux thèmes importants pour la santé physique et mentale sont par ailleurs exploités dans ce numéro. **Marie-Reine**, membre du Mouvement des Alcooliques Anonymes, présente *Les Alcooliques Anonymes: plus jamais seul(e)*. Pour leur part, **Claire Babin** et **Lorraine LaFrance**, infirmières de l'Hôpital Ste-Anne, font état d'une nouvelle façon de communiquer avec les proches. Cette activité est pratiquée dans leur milieu au moyen d'un nouveau logiciel de communication, *Skype: Un moyen innovateur de réduire l'isolement des personnes âgées vivant en institution*. Les deux interventions proposées par le Mouvement des Alcooliques Anonymes et le CHSLD ont pour effet de rompre l'isolement dans lequel sont confinées plusieurs personnes âgées.

Enfin, dans la chronique J'ai lu, **Julie Leroux** propose la nouvelle édition de *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* de Philippe Voyer (2013). Ce manuel pédagogique est indispensable pour assurer des soins de qualité.

Comme on peut le constater, respecter les désirs des personnes, comprendre le sens qu'elles veulent donner à leur vie, les accompagner dans leurs besoins, utiliser une approche spéciale pour voir naître des réactions chez des personnes atteintes de déficits cognitifs, font partie intégrante de notre travail de soignants.

Les personnes confiées à nos soins sont toujours dans le présent, dans la vie, quels que soient leur condition de santé et leur âge. Tout doit être tenté pour leur permettre de garder ce sentiment d'exister encore, ainsi que de profiter de beaux moments.

# Exploration du rôle de soutien et de conseil de l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie œuvrant en soins de courte durée

Didier Mailhot-Bisson, inf., M.Sc., et Cécile Michaud, inf., Ph.D.

L'inversement de la pyramide des âges au Québec entraîne la révision des soins infirmiers donnés aux personnes âgées en milieu hospitalier de courte durée. On peut prévoir que les gens vivront plus longtemps, mais qu'ils présenteront des incapacités physiques secondaires à leurs problèmes de santé (Arcand & Hébert, 2007; MSSS, 2011). Les infirmières sont des ressources essentielles quant au grand défi que représente l'approche aux personnes âgées. Cependant, elles ont besoin de soutien dans l'exercice de leurs fonctions. Le rehaussement de la formation infirmière et l'optimisation des nouveaux rôles infirmiers seraient des solutions pour envisager un avenir plus serein.

Parmi ces nouveaux rôles, nous retrouvons la pratique avancée d'infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), notamment celles spécialisées en gériatrie (ICSG). Ce niveau d'interventions spécialisées est défini par le MSSS (2011) et consiste en des « mesures appliquées aux personnes âgées qui présentent un délirium ou un syndrome d'immobilisation sans amélioration, malgré l'application des interventions systématiques et spécifiques » (p. 44).

Afin de développer une expérience en soutien et de conseil auprès des équipes de soins œuvrant auprès des personnes âgées et leur famille en milieu hospitalier, un stage en pratique avancée a été réalisé durant l'automne 2011 dans un contexte intra et interdisciplinaire.

Dans un premier temps, la problématique de la complexité des soins aux personnes âgées sera abordée. Le modèle de pratique infirmière avancée de Spross (2009) sera exposé pour démontrer les compétences de l'ICSG et leur utilisation dans la pratique clinique. Deuxièmement, la discussion portera sur la

nécessaire collaboration entre les infirmières des unités de soins et les ICSG pour l'amélioration des soins infirmiers aux personnes âgées hospitalisées du Québec.

## ❖ Problématique

L'actuel phénomène du vieillissement de la population a des répercussions sur l'ensemble de la société, de même que sur les structures sociosanitaires, et touche notamment les soins infirmiers en centre hospitalier de courte durée (MSSS, 2011). Le système de santé québécois devra bientôt répondre aux besoins d'une population vieillissante présentant de multiples problèmes de santé, rendant la présentation de soins de plus en plus complexe.

Il est, par conséquent, important d'ajuster les soins infirmiers aux besoins de ces personnes. Toscan, Mairs, Hinton et Stooles (2012) affirment que des soins, manquant de coordination,

accordés aux personnes âgées pourraient compromettre leur sécurité et résulter en une pauvre qualité. C'est, entre autres, pour cette raison que le MSSS a publié en 2011, le livre *L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Cet ouvrage, destiné tant aux gestionnaires des hôpitaux qu'aux professionnels de la santé, s'appuie sur une liste exhaustive de données probantes et vise essentiellement à éviter le déclin fonctionnel de la personne âgée en cours d'hospitalisation ainsi qu'à lui assurer un retour à domicile sécuritaire, voire une fin de vie dans la dignité.

À l'hôpital, la personne âgée et sa famille font face à une organisation complexe, axée principalement sur une approche par spécialité médicale ou sur une culture du congé rapide (Steele, 2010). Des

***Des soins, manquant de coordination, accordés aux personnes âgées pourraient compromettre leur sécurité et résulter en une pauvre qualité.***

pratiques de soins, souvent inadaptées aux personnes âgées, sont utilisées généralement par souci d'efficacité. Plusieurs auteurs décrivent ces pratiques de soins comme étant nuisibles pour le maintien de l'autonomie de la clientèle âgée hospitalisée (Doherty-King & Bowers, 2011; Li, Melnyk & McCann, 2004; MSSS, 2011; Pena & Diogo, 2009; Sayer & Rudberg, 1998; Steele, 2010).

Les infirmières sont quotidiennement présentes auprès des personnes âgées. Elles sont souvent à la tête d'équipes de soins dont elles doivent assurer un leadership clinique fort (Venturato & Drew, 2010). Elles ont aussi un contact direct avec les familles. Pourtant, Pena et Diogo (2009) soutiennent que les familles sont souvent ignorées lorsque l'infirmière effectue l'évaluation des patients. L'expérience empirique montre que ce n'est pas nécessairement de la mauvaise volonté de la part des infirmières, mais plutôt un manque de connaissances quant à l'impact des soins sur la vulnérabilité de cette clientèle. Ce manque de connaissances pourrait peut-être s'expliquer par le peu de formation des infirmières sur l'approche des familles et quant aux situations de soins qui sont de plus en plus complexes (OIIQ, 2012).

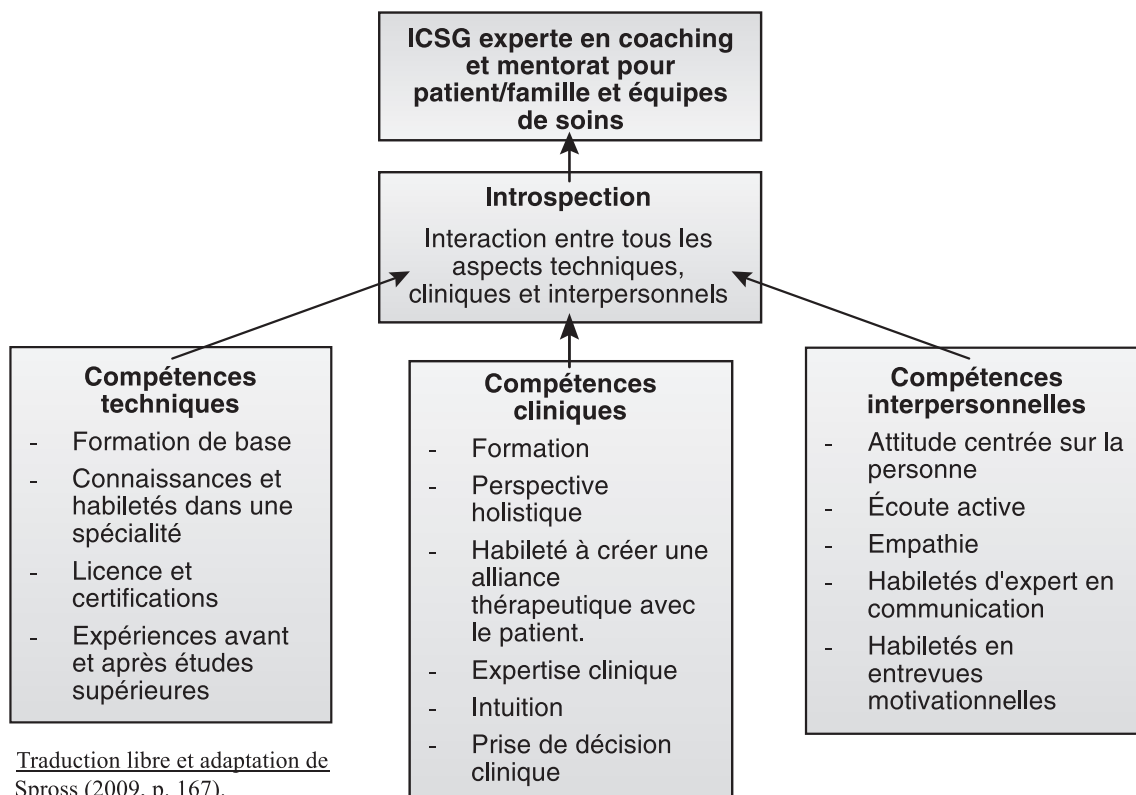
Le MSSS (2011) émet aussi des hypothèses liées au manque de communication, d'écoute, de soutien

psychologique et spirituel de la clientèle âgée et de leurs familles. Il devient donc primordial que les équipes de soins soient mieux outillées pour faire face aux enjeux futurs des soins à ces personnes. La solution préconisée est le soutien et le conseil d'ICSG, destiné à assister un professionnel vers l'amélioration de sa pratique clinique par le biais du conseil (Legault, 2009).

❖  
**Les infirmières cliniciennes  
spécialisées en gériatrie (ICSG)**

Les Infirmières cliniciennes spécialisées sont, selon DiCenson et Bryant-Lukosius (2010), des expertes cliniques et des agents de changement qui peuvent contribuer, de façon significative, à résoudre des situations complexes de santé. Selon le MSSS (2011), l'ICSG devrait intervenir auprès des équipes de soins, des patients âgés ainsi que de leur famille lorsque des interventions spécialisées en gériatrie sont nécessaires. Le modèle de la compétence de mentorat de l'infirmière en pratique avancée de Spross (2009) (Figure 1) permet de bien illustrer comment l'ICSG peut guider les équipes de soins, lorsque l'intervention spécialisée est nécessaire pour fournir les meilleurs soins infirmiers à cette clientèle.

**Figure 1:** Le modèle de la compétence de mentorat de l'infirmière en pratique avancée



❖  
*Cadre de référence*

Le modèle de Spross (2009) est décrit comme un processus complexe, dynamique, collaboratif et interpersonnel. Il met en perspective la relation entre la personne et sa famille, les équipes de soins et l'ICSG en lien avec sa capacité d'introspection. Dans ce modèle sont décrites les compétences techniques, cliniques et interpersonnelles permettant d'assurer le soutien et les conseils de qualité, suivies de l'introspection qui en assure la complémentarité.

❖  
*Les compétences techniques*

Les compétences techniques s'acquièrent par la formation et l'expérience. Du côté de la formation de base de l'ICSG, plusieurs auteurs insistent pour qu'elle soit de niveau maîtrise (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Hamric, 2009; Kilpatrick et al, 2011). Les études supérieures en sciences infirmières sont essentielles pour le développement des caractéristiques et des aptitudes de base de la pratique infirmière avancée. La formation doit porter sur les soins directs spécialisés, le mentorat, la consultation, la recherche, la collaboration, le leadership ainsi que sur la prise de décision éthique (Hamric, 2009).

Or, il ne suffit pas à l'ICSG d'avoir une maîtrise en sciences infirmières; une spécialisation en gériatrie ou gérontologie est recommandée (Spross, 2009).

C'est pourquoi le MSSS (2011) met aussi en relief des connaissances ainsi que des habiletés qu'elle doit posséder. Selon cette approche, l'ICSG offre des interventions spécialisées de traitement en gériatrie. En pratique, elle intervient après que l'équipe de soins, comprenant le médecin, ait effectué des interventions préventives systématiques et que l'équipe interprofessionnelle ait réalisé des interventions spécifiques de prévention et de traitement précoce. Pour cela, elle doit bien connaître les détails de ces interventions afin d'évaluer ce qui a été fait et d'en apprécier le résultat. Son expertise particulière, reliée à la recherche et aux données probantes, est requise en lien avec les effets négatifs potentiels de l'hospitalisation chez la personne âgée, tels que le délirium et le syndrome d'immobilisation. Le MSSS (2011) ajoute que l'ICSG doit être présente sur les unités de soins, être curieuse et capable d'identifier avec les équipes les problèmes les plus complexes. De cette manière, elle peut les aider dans

la recherche des solutions. Elle doit, de plus, disposer de temps et des ressources nécessaires pour bien jouer son rôle de soutien, de formatrice et de mentor.

❖  
*Les compétences cliniques*

Les compétences cliniques peuvent être acquises par la formation en cours de stage et par les travaux pratiques réalisés dans le cadre des études de deuxième cycle (Sparacino & Cartwright, 2009). Comme l'affirme Spross (2009), l'expérience clinique avec la clientèle et l'introspection qui s'ensuit, permet de développer des connaissances et des habiletés qu'on ne retrouve pas dans les livres. Ainsi, plus l'ICSG vit des situations cliniques avec des personnes âgées et plus elle développe des stratégies pour résoudre les problèmes cliniques qui peuvent survenir. Cette conception de l'expertise, qui allie formation et expérience clinique, est compatible avec celle de Benner (1995) qui, pour sa part, considère qu'il faut un minimum de cinq années d'expériences cliniques pour devenir experte.

**Le travail en équipe**

Le développement de l'expertise se réalise aussi grâce à ses échanges avec les personnes âgées et leurs familles ainsi qu'avec les équipes de soins et interprofessionnelles. Il en va de même pour ce qui est de la collaboration avec les équipes soignantes (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Hanson & Spross, 2009; Kilpatrick et al, 2011). C'est en comprenant mieux leur contexte de travail que l'ICSG est en mesure de mieux les soutenir dans les soins aux personnes âgées. Les infirmières font de leur mieux avec la charge de travail et le temps dont elles disposent pour réaliser convenablement leur travail. Dorerty-King et Bowers (2011) affirment que le manque de personnel infirmier est un facteur considérable expliquant cet enjeu. Il faut distinguer entre la qualité de pratique clinique des infirmières et le contexte organisationnel d'un centre hospitalier.

DiCenso et Bryant-Lukosius (2010) indiquent que la faible sensibilisation des équipes soignantes aux rôles des ICS peut faire obstacle à l'intégration de ces dernières dans l'équipe. Souvent, les rôles de l'ICSG sont mieux compris par les médecins avec qui elles collaborent étroitement ou encore par les gestionnaires qui les encadrent. Une métasynthèse,

publiée en 2005 par Lloyd Jones, relevait les mêmes éléments : ambiguïté du rôle et lien avec les membres de l'équipe de soins. En général, les études recensées démontraient de la résistance des membres de l'équipe de soins à travailler avec une ICS. Le même phénomène n'a pas été observé durant le stage : les infirmières étaient plutôt ouvertes au soutien et aux conseils et étaient attentives aux recommandations. Toutefois, il faut les accompagner dans la démarche pour assurer une continuité ainsi qu'un transfert de connaissances.

### **L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est définie par Tracy (2009) comme un partenariat au cours duquel l'ICSG s'engage dans des échanges sociaux et thérapeutiques avec les personnes âgées et leur famille, et ce, afin de leur refléter un regard positif d'elles-mêmes. Wright et Leahey (2007) ajoutent que, lors de cette alliance, il se produit un phénomène interactif : les réactions de l'infirmière étant déclenchées par les actions des clients, lesquelles sont dépendantes, à leur tour, des réactions de l'infirmière. L'ICSG doit prendre la famille en compte dans son évaluation et ses interventions auprès de la personne âgée (Sparacino & Cartwright, 2009). Ainsi, l'ICSG ayant évalué la famille, selon une approche systémique, fait le transfert des informations obtenues et en discute ensuite avec l'équipe soignante. De plus, elle doit rédiger sa propre note qui est colligée au dossier médical.

Il est facile de faire participer la famille au travail auprès de la clientèle vieillissante. Il suffit de demander leurs observations sur l'autonomie du parent à domicile, leur opinion sur le déroulement de la présente hospitalisation, etc. Aborder leur expérience d'aidant familial et leur expérience de santé démontre une grande sensibilité à leur égard. Lévesque, Ducharme et Caron (2010) insistent pour reconnaître que le rôle de l'aidant ne se limite pas à accomplir des tâches de soins. Il faut aussi prendre en considération les aspects d'ordre émotionnel et, au besoin, les informer de l'existence d'un programme de gestion du stress pour les aidants<sup>1</sup>.



### ***La prise de décision clinique***

Le dernier élément de cette composante est la prise de décision clinique. Le rôle d'ICSG amène un pouvoir d'influence en tant qu'experte en gériatrie.

Toutefois, elle a une responsabilité importante lorsqu'elle fait le choix des recommandations qu'elle transmettra aux membres de l'équipe soignante ou encore lorsqu'elle doit prendre des décisions concernant l'orientation des soins d'une personne. Elle doit baser ses décisions cliniques sur les données probantes. Il est essentiel qu'elle tienne compte de l'avis de la personne malade et de sa famille dans ses recommandations cliniques. Elle doit aussi mettre à contribution les membres des équipes de soins et des équipes interprofessionnelles pour s'assurer que les recommandations sur les plans clinique et organisationnel se concrétisent dans le suivi.

En ce qui a trait aux décisions cliniques en lien avec l'orientation de soins des personnes âgées, la collaboration interprofessionnelle est essentielle et particulièrement utile et pertinente (MSSS, 2011).



### ***Les compétences interpersonnelles***

Selon Spross (2009), une attitude centrée sur la personne est une habileté de communication avancée. Celle-ci s'acquiert, certes, avec la formation aux cycles universitaires supérieurs, mais aussi avec l'expérience prise auprès des personnes, des familles, des équipes soignantes et interprofessionnelles ainsi que dans la vie quotidienne de l'ICSG. Lorsqu'elle les rencontre ou encore lorsqu'elle accompagne une équipe de soins, elle doit adopter une position d'ouverture, non hiérarchique, qui se reflète dans ses paroles et ses actions. Cette attitude met l'interlocuteur en confiance, ce qui est essentiel dans une situation de consultation (Legault, 2009). Ultimement, elle permet de répondre à leurs préoccupations, de confirmer leur expérience et, par la suite, de fournir un renforcement positif.

Spross (2009) énumère plusieurs éléments quant à l'attitude centrée sur la personne, allant d'habiletés très simples à d'autres plus complexes. Les habiletés simples sont d'établir un contact visuel et une posture appropriée, de créer un climat social décontracté en utilisant l'humour ou un ton de voix adéquat. Quant aux habiletés plus complexes, nous retrouvons la participation de la personne et de sa famille dans la prise de décision sur sa santé. Les autres habiletés en communication sont la capacité de les faire verbaliser sur leurs pensées, leurs valeurs, leurs attentes ou leurs objectifs ainsi que sur le récit de la maladie.

Il est nécessaire de porter une attention particulière à l'attitude que l'ICSG dégage lorsqu'elle soutient ou conseille les équipes de soins; elle doit donner des recommandations sans être directive. D'ailleurs, Legault (2009) affirme qu'un des principes est de conseiller sans juger ou blâmer l'autre, car il faut garder en tête que l'appel à l'ICSG constitue une demande d'amélioration des soins. Celle-ci doit donc conserver un esprit positif et constructif dans les échanges. Le même principe s'applique aussi lors de l'interaction auprès des personnes âgées et leurs familles (Duhamel, 2007; Wright & Leahey, 2007).

### **L'écoute active, l'empathie et le respect de la liberté**

L'écoute active, l'empathie et le respect de la liberté des individus font partie intégrante du travail de l'infirmière et créent un véritable partenariat avec la clientèle âgée et les familles pour qu'elles se sentent entendues et comprises (Bryant, 2009).

L'écoute active encourage à faire le récit de l'expérience de la maladie, ce qui donne beaucoup d'informations servant à l'évaluation de la situation (Bryant, 2009; Wright & Leahey, 2007). Elle constitue un des meilleurs moyens d'obtenir toute l'information nécessaire pour bien saisir la situation (Legault, 2009). Une bonne écoute permet de poser des questions pertinentes qui servent à raffiner l'évaluation et l'intervention auprès de la personne âgée et auprès des équipes de soins.

L'empathie est un concept-clé qui est introduit dès le début de la formation infirmière. Elle constitue un véritable travail d'autorégulation pour faire face aux événements de la vie et aux émotions négatives qui peuvent en découler (Decety, 2012). Le rôle de l'ICSG est de fournir les connaissances et le mentorat nécessaires pour favoriser les meilleures pratiques cliniques en ce qui a trait aux soins gériatriques. Cette empathie peut se manifester, entre

autres, de deux façons : le respect de la liberté d'autrui qui exclut une obéissance aveugle (Legault, 2009) et l'entretien motivationnel (Prochaska & DiClemente, 1984).

Les entretiens motivationnels visent à comprendre et à résoudre l'ambivalence d'une personne âgée face aux changements en vue d'adopter de nouveaux comportements pour sa santé (Spross, 2009). Selon Blaney (2013), les principes et l'attitude associés à l'entretien motivationnel pourraient s'appliquer à un groupe comme, par exemple, aux équipes soignantes d'une unité de soins. Par conséquent, les interventions auprès de celles-ci devraient varier en fonction de leur stade ou leur motivation à changer leur pratique.

### **L'introspection**

L'introspection est une prise de conscience interne qui permet de tirer des leçons de nos expériences. Afin d'acquérir l'introspection nécessaire ainsi que les compétences techniques, cliniques et interpersonnelles pour développer sa fonction de mentorat, l'ICGS doit acquérir une expérience clinique suffisante en s'exposant le plus possible à des situations cliniques réelles auprès des clients et de leurs familles. Cette expérience est essentielle dans le but de pouvoir la partager ultérieurement avec d'autres infirmières. En effectuant une introspection sur sa pratique, l'ICGS pourra en tirer des conclusions qui l'aideront dans sa fonction de mentorat. Par la suite, elle invitera les infirmières à faire le même exercice afin d'améliorer leur pratique. Johns (1995) fournit une liste de questions qui peuvent être posées afin de faire ressortir les différents savoirs utilisés ou qui auraient pu être utilisés dans une situation clinique (voir exemples au tableau 1). Ces savoirs peuvent être classés en savoirs empiriques, esthétiques, éthiques et personnels. D'autres questions pourraient favoriser la réflexivité.

**Tableau 1** : Exemples de questions (Adapté de Johns, 1995)

Pensez à une expérience de soins	
<b>Savoirs</b>	<b>Exemple de questions</b>
Empirique	<i>Quelles connaissances ai-je (ou aurais-je) dû utiliser?</i>
Esthétique	<i>Qu'est-ce que je cherchais à faire?</i>
Personnel	<i>Quels facteurs internes me motivaient?</i>
Éthique	<i>Comment mes actions étaient-elles en accord avec mes croyances?</i>
Réflexivité	<i>Quelles seraient les conséquences d'actions différentes pour le patient, les collègues et moi-même?</i>

C'est un art de pouvoir faire l'interprétation de toutes les données reçues par une personne âgée et sa famille pour les partager avec l'équipe soignante et, ensemble, trouver des solutions afin d'améliorer la qualité des soins. Ultimement, le mentorat entraîne l'amélioration continue du savoir-faire des équipes de soins ainsi que de celui de la clientèle. De façon réciproque, l'ICSG augmente aussi ses connaissances et ses habiletés à la suite de ses expériences en mentorat.



### *Discussion et recommandations*

La principale force du modèle de la compétence de mentorat de Spross (2009) est qu'il met bien en perspective le rôle significatif auprès des personnes, des familles ainsi qu'auprès des équipes de soins. En ayant à sa base les compétences techniques, cliniques et interpersonnelles essentielles au travail de l'ICSG, le modèle montre la complexité du rôle que cette infirmière doit jouer en tant que mentor. Il démontre que ces compétences forment un tout et sont indissociables. Comme le souligne Spross (2009), bien que les compétences techniques et cliniques peuvent être suffisantes pour enseigner une tâche, elles sont insuffisantes pour accompagner les équipes soignantes et les personnes âgées et leur famille dans le changement.

Il faut, de toute évidence, que l'ICSG ajuste ses objectifs cliniques selon les situations ou encore selon les personnes à qui elle s'adresse. Toutefois, cette force pourrait aussi constituer une faiblesse. Certes, ce modèle est souple et peut s'adapter à plusieurs situations. Or, s'il était plus spécialisé au niveau du travail en gérontologie, il fournirait une utilisation plus concrète et facile pour les ICSG.

Il est essentiel que la collaboration entre l'ICSG et les infirmières des unités de soins soit l'essence même du travail en gérontologie. Le travail de l'ICSG ne pourra exister si cet élément est manquant. Il est donc important de cultiver la collégialité entre infirmières et de chercher des pistes de solutions afin de la maintenir et de la perfectionner.

Malgré son statut d'experte en soins gériatriques, l'ICSG doit conserver une attitude modeste et diplomate. Comme son travail est d'analyser les soins que les personnes âgées et leurs familles reçoivent, elle déterminera probablement des éléments d'amélioration continue de la qualité qui pourront

être interprétés comme des évaluations négatives. Les contacts doivent être positifs, sinon les équipes de soins n'auront pas tendance à faire appel à l'ICSG. Elle doit se rappeler qu'elle est là pour accompagner le personnel des unités de soins et deviendra, au fil de la collaboration, un membre actif de l'équipe.

Elle doit nécessairement faire la promotion de son rôle auprès des équipes de soins afin que celles-ci développent l'habitude de la demander, au besoin. C'est une culture d'entraide à développer entre infirmières.



### *Conclusion*

L'amélioration des soins destinés aux personnes âgées afin d'éviter le déclin fonctionnel passe, entre autres, par l'implication active d'une ICSG puisque les besoins de santé sont complexes et sont appelés à le devenir davantage. Les hospitalisations doivent être, avant tout, des moments qui favorisent le rétablissement, le maintien de l'autonomie et la découverte de ressources pour cette clientèle.

La collaboration intra professionnelle entre les infirmières et l'ICSG demeure le point d'ancrage afin que cette vision puisse se réaliser. Offrir un mentorat adéquat aux équipes soignantes peut faire la différence pour la société québécoise vieillissante.

L'étude de Kilpatrick (2011) démontre que seulement 32 % des ICS canadiennes consacrent du temps au soutien d'une équipe. Il est à espérer que ce texte convaincra les gestionnaires, les ICS, particulièrement les ICSG et leurs collègues, de son importance pour soutenir les meilleures pratiques infirmières.

### *NOTE*

1 Il est possible de consulter ce programme sur le Web à l'adresse [www.aidant.ca](http://www.aidant.ca).

### *REMERCIEMENTS*

Les auteurs souhaitent remercier Johane Neveu, coordonnatrice aux services à la clientèle vieillissante CHUS/CSSS-IUGS, pour avoir permis la réalisation de ce projet de maîtrise. Sa souplesse et sa vision du rôle d'ICSG, empreintes de rigueur, ont grandement contribué à cet article. Merci aussi aux infirmières cliniciennes de l'équipe de consultation de gériatrie du CHUS et aux infirmières des unités de médecine générale pour leur participation. Une pensée particulière à Nicole Bolduc (1951-2011), professeure à l'École des Sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, qui nous a inspirés tout au long de ce projet.

## RÉFÉRENCES

- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. Paris : Edisem; Maloine.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris : InterÉditions.
- Blaney, C. (2013). Application of the transtheoretical model to behavioral health professionals' readiness to practice integrated primary care. *Open Access Dissertations*, Paper 4.
- Bryant, L. (2009). The art of active listening. *Practice Nurse*, 37(6), 49-52.
- Decety, J. (2012). *Empathy: From bench to bedside*. Cambridge, MA: Institute of Technology.
- Doherty-King, B., & Bowers, B. (2011). How nurses decide to ambulate hospitalized older adults: Development of a conceptual model. *The Gerontologist*, 51(6), 786-797.
- DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (2010). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*. Ottawa : FRCSS.  
<http://www.politiquestociales.net/IMG/pdf/cliniciennes.pdf>.
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Gaëtan Morin.
- Hamric, A.B. (2009). A definition of advanced practice nursing. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson : *Advanced practice nursing, an integrative approach* (4<sup>e</sup> éd., pp.75-94). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Hanson, C. M., & Spross, J.A. (2009). Collaboration. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson : *Advanced practice nursing, an integrative approach*. (4<sup>e</sup> éd., pp.283-314). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Johns, C. (1995). Framing learning through reflection. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 226-234.
- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., & Carter, N. (2011). *Canadian clinical nurse specialist practice patterns*. Hamilton: McMaster University. [http://apn-nursingchair.mcmaster.ca/documents/Report\\_CNS\\_practice\\_pattern\\_study\\_final.pdf](http://apn-nursingchair.mcmaster.ca/documents/Report_CNS_practice_pattern_study_final.pdf).
- Legault, G. A. (2009). Dossier pédagogique – SCG-730 : *Activité d'intégration et démarche éthique*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Lévesque, L., Ducharme, E., & Caron, C. (2010). L'ESPA... *Pour mieux soutenir les aidants. Perspective infirmière*, 7(4), 42-46.
- Li, H., Melnyk, B.M., & McCann, R. (2004). Review of intervention studies of families with hospitalized elderly relatives. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 54-59.
- Lloyd Jones, M. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital setting: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209.
- MSSS (2011). *L'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>.
- OIIQ. (2012). *La relève infirmière au Québec*. Une profession, une formation. Westmount : OIIQ.
- Pena, S.B., & Diogo, M. J. D. (2009). Nursing team expectations and caregivers' activities in elderly-patient hospital care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 350-356.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow Jones-Irwin.
- Sayer, M.A., & Rudberg, M.A. (1998). Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clinics in Geriatric Medicine*. 14(4), 669-679.
- Sparacino, P.S.A., & Cartwright, C.C. (2009). The clinical nurse specialist. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson : *Advanced practice nursing, An integrative approach* (4<sup>e</sup> éd., pp.349-379). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Spross, J.A. (2009). Expert coaching and guidance. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson : *Advanced practice nursing, an integrative approach* (4<sup>e</sup> éd., pp.159-190). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Steele, J.S. (2010). Current evidence regarding models of acute care for hospitalized geriatric patient. *Geriatric Nursing*, 31(5), 331-347.
- Toscan, J., Mairs, K., Hinton, S., & Stolee, P. (2012). Integrated transitional care: Patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transition for older persons with hip fracture. *International Journal of Integrated Care*, 12, 1-14.
- Tracy, M.F. (2009). Direct clinical practice. Dans A.B. Hamric, J.A. Spross, & C.M. Hanson : *Advanced practice nursing, an integrative approach* (4<sup>e</sup> éd., pp.123-158). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Venturato, L., & Drew, L. (2010). Beyond 'doing': Supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care. *Contemporary Nurse*, 35(2), 157-170.
- Wright, L.M., & Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille. Guide d'évaluation et d'interventions* (3<sup>e</sup> éd.). St-Laurent : ERPI.

**Didier Maillhot-Bisson** est chargé de cours à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Il est également consultant en gériatrie au Centre Hospitalier universitaire de Sherbrooke et président du Comité jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Est. (ORIE).

**Cécile Michaud** est professeure agrégée en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle est également directrice du diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en études spécialisées en soins de première ligne et fait partie de l'équipe de recherche à l'Hôpital Charles Lemoyne.

# *L'accompagnement spirituel de personnes atteintes de déficits cognitifs : exploration de l'approche sensori-émotionnelle*

*Line Lévesque, intervenante en soins spirituels*

**L**es soins spirituels pour les personnes présentant des problèmes cognitifs ont souvent été négligés parce que les intervenants ne savaient pas comment communiquer avec cette clientèle qui ne répondait pas aux approches traditionnelles. On sait que l'accompagnement spirituel est habituellement du type cogito-émotionnel. À l'aide d'outils comme l'écoute active, le récit de vie, la réflexion, l'intervenant fait appel aux facultés cognitives des individus en pleine possession de leurs moyens mentaux. Comment alors accompagner spirituellement quelqu'un qui ne comprend pas ce qu'on lui dit, qui ne répond pas de façon cohérente aux questions et qui ne se souvient même pas de sa propre vie?

Devant cette situation, Marc Pepper et Mario Drouin<sup>1</sup> du Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL)<sup>2</sup> ont créé un modèle d'intervention qui utilise une approche différente appelée sensori-émotionnelle pour intervenir auprès de la clientèle en perte cognitive. Utilisant les sens plutôt que la cognition, la communication n'est pas limitée par l'état mental de la personne accompagnée. De plus, comme les individus présentant des problèmes cognitifs n'ont pas de filtres pour dissimuler leurs émotions, les intervenants ne peuvent utiliser celle manifestée pour déterminer quel besoin spirituel est comblé ou est à combler.

Cet article décrit une expérience clinique menée à l'aide de cette approche auprès de trois personnes présentant des déficits cognitifs. Les résultats démontrent qu'il est possible d'entrer en contact avec elles, à travers les sens et les émotions, et ainsi identifier certains de leurs besoins spirituels afin d'apporter soutien et réconfort.

La première partie développe le concept des besoins spirituels, le modèle ST-VIAR (2009)<sup>3</sup> et

l'approche utilisée pour identifier ces besoins. Enfin, l'investigatrice présente les interventions réalisées dans deux milieux de soins auprès de personnes souffrant de problèmes cognitifs.



## ***Les besoins spirituels***

Chaque personne a des besoins spirituels comme elle a des besoins physiques. Cependant, il est essentiel de faire la distinction entre besoins spirituels et besoins religieux, tout en gardant à l'esprit qu'ils peuvent se chevaucher dans certains cas et pour certains individus.

**Les besoins spirituels** englobent les aspirations et les espoirs que tout être humain expérimente pour découvrir sens, buts et

valeurs à sa vie. De tels besoins peuvent être spécifiquement religieux, mais même celui qui n'endosse aucune foi religieuse ou qui n'est membre d'aucune religion organisée possède un système de croyances qui donne sens et buts à sa vie (Murray et al., 2004, cité dans CSSSNL 2010 (traduction libre)).

**Les besoins religieux** découlent d'une relation personnelle à un dieu à l'intérieur d'une tradition religieuse. Ceci se traduit dans des pratiques spécifiques et se vit en lien avec une communauté d'appartenance (Bélanger & Charbonneau, 2010).

Les besoins spirituels impliquent un équilibre spirituel et permettent à la personne, lorsqu'ils sont comblés, de progresser dans son évolution en tant qu'être humain. Il est important de bien connaître le parcours de vie de la personne accompagnée. Cela facilitera l'identification de besoins spirituels avec les gens aux prises avec des problèmes neurologiques. Mieux ils seront identifiés, plus significatifs seront les contacts, et donc apporteront un

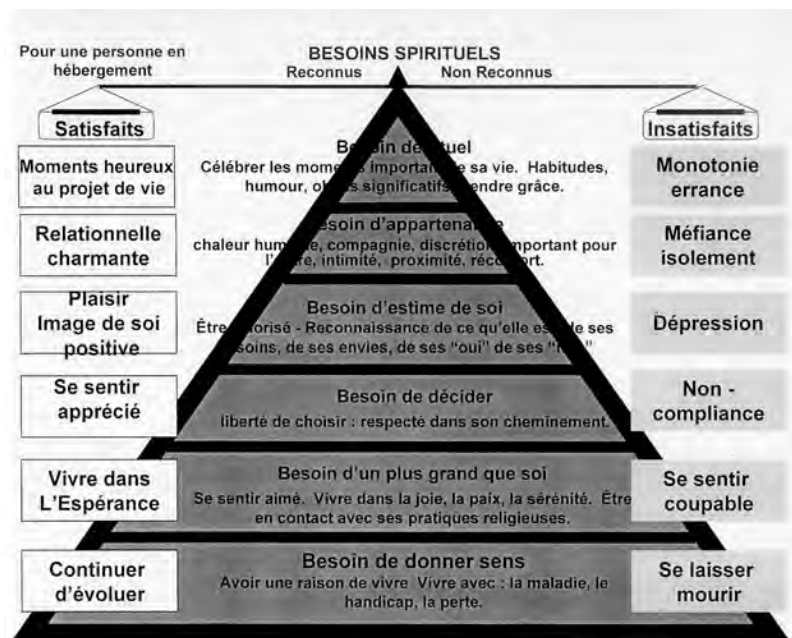
meilleur bien-être. La Société d'Alzheimer (2008) soutient que, pour de nombreuses personnes, le contact avec la nature, la musique, les rituels ou les histoires et les souvenirs peuvent combler un besoin spirituel.

Selon Fraisse (2007), on peut également envisager que la spiritualité soit la conscience ou la recherche du sens de sa propre vie et des relations à autrui, et celle de la transcendance. Les besoins spirituels des malades, fondés sur la question du sens, sont loin d'être étrangers aux processus thérapeutiques. La reconnaissance et la prise en compte du rôle fondamental des aspects spirituels dans les processus décisionnels seraient un gage de la liberté du patient et du respect de sa singularité. Les besoins spirituels caractérisent l'être humain et constituent le fonde-

ment des projets de soins partagés, c'est-à-dire porteurs de sens pour les personnes atteintes et pour les soignants.

La Société d'Alzheimer (2008) suggère d'utiliser la spiritualité pour les personnes rendues au stade avancé dans les troubles cognitifs. Selon elle, puiser dans les traditions spirituelles qui ont constitué une partie importante de la vie de la personne peut être source de réconfort et nourrir un sentiment de continuité et d'identité. Donner accès à des rituels, des symboles et des musiques familières ou faire la lecture de passages de textes sacrés peut déclencher un souvenir et permettre un contact avec la personne à un niveau affectif profond lorsque les capacités cognitives sont sévèrement atteintes.

Figure 1 : Besoins spirituels



Drouin Mario ptre. B. Th.; M.A. Th. pratique, DE NOUVELLES RÉALITÉS... VERS DE NOUVELLES PRATIQUES, Présentation Powerpoint au Colloque sur les soins spirituels aux personnes âgées hébergées, CSSSNL-CHRDL, 5 novembre 2009, p. 5.

### ❖ *Modèle d'intervention ST-VIAR*

Les besoins spirituels peuvent être identifiés au moyen du modèle d'intervention ST-VIAR qui utilise six indicateurs : le sens, la transcendance, les valeurs, l'identité, l'appartenance et les rituels. Leur investigation permet de découvrir les besoins satisfaits et non satisfaits des personnes malades et de répondre à leur quête de sens en rapport avec la maladie.

Ainsi, aux besoins fondamentaux de Maslow (1943) qui permettent l'identification des besoins de survie, de sécurité, de propriété, d'appartenance, d'estime

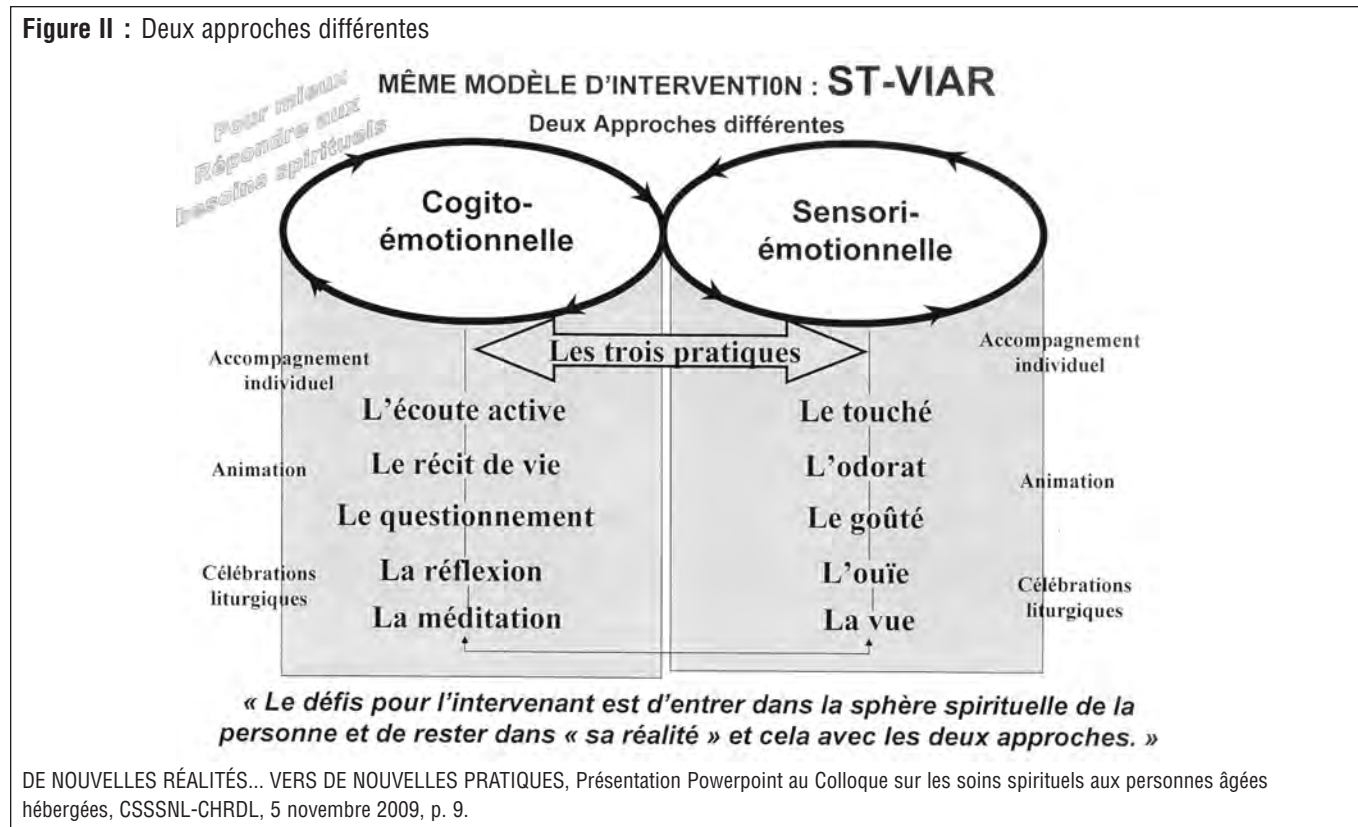
de soi, de réalisation, s'ajoutent les six besoins de la sphère spirituelle ST-VIAR.

### **Concept de la sphère spirituelle ST-VIAR**

L'approche ST-VIAR donne plusieurs sens au terme spiritualité. Ainsi, elle peut être définie comme étant une relation dynamique et personnelle avec Dieu. Ce qu'une personne considère comme la chose la plus importante de sa vie peut être vue comme son dieu, le centre et le but de son temps et de sa vie. C'est également un ensemble de croyances et de pratiques propres à l'esprit et à l'âme. Au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel est cet

espace secret en soi où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et à une transcendance possible. «Le spirituel est donc l'identité originale comprenant une dimension immanente de la personne elle-même. Elle permet la relation avec l'autre dans les sentiments et dans les émotions, dimension transcendante enracinée dans l'homme, et le relie au sacré qu'il l'habite» (CSSSNL, 2010, p.3).

Ces diverses définitions sont en lien avec les six mots-clés des indicateurs qui caractérisent la sphère spirituelle des personnes, qu'elles soient pratiquantes ou non et, de plus en plus, multiconfessionnelles. Il est donc essentiel de s'adapter aux besoins de tous. Cette méthode peut être utilisée auprès des malades en soins de courte et de longue durée, en fin de vie, avec les familles, avec le personnel de l'hôpital ainsi qu'en relation d'aide.



**Signification des six indicateurs du modèle d'intervention ST-VIAR :**

S = sens	oriente la personne, indique comment elle voit et comprend ce qu'elle vit, la nécessité pour elle ou pour les autres d'avoir une raison de vivre.
T = transcendance	est au-delà, dépasse, surpasse la personne humaine. Est en relation avec un plus grand que soi.
V = valeurs	caractérise le bien et le vrai chez la personne. L'ensemble des choses ou des êtres qui ont de l'importance dans la vie de quelqu'un.
I = identité	compréhension de soi et de la place prise dans le monde et même face à l'au-delà.
A = appartenance	ce à qui ou à quoi l'être se rattache. Quel type de relation et comment il se sent rejoint et soutenu dans sa vie et sa personne.
R = rituel	aide à marquer le temps, à célébrer les moments importants de la vie et à manifester ce qui est important.

❖

**Modèle d'intervention basé  
sur deux approches différentes**

Ce modèle est basé sur deux approches différentes : l'approche cogito-émotionnelle qui fait appel aux facultés cognitives en utilisant l'écoute active, le récit de vie, le questionnement, la réflexion et la méditation. Il utilise également l'approche sensori-émotionnelle qui fait appel à la mémoire affective et utilise le toucher, l'odorat, le goût, l'ouïe et la vue.

Il y a trois pratiques communes à ces deux approches qui permettent d'établir le contact avec la personne et l'émergence des besoins : l'accompagnement individuel, l'animation et la célébration liturgique.

Le défi pour l'intervenant en soins spirituels est d'entrer dans la «réalité» de la personne et d'y rester. En utilisant ce modèle d'intervention de la sphère spirituelle basé sur les deux approches déjà définies, il est possible de vivre une relation avec la personne et lui permettre d'exprimer son besoin.

❖

**La mémoire et l'émergence des émotions**

La mémoire joue un grand rôle dans l'émergence des émotions. Ainsi, elle retient l'image, l'objet, le son, avec tous les détails, comme lorsqu'une photo est prise ou qu'un enregistrement de musique est fait. Par contre, le contenu de cette mémoire change à mesure qu'arrivent de nouveaux stimuli. L'image va être de courte durée.

Les émotions sont également très significatives de l'état de quelqu'un. Chacune est en lien avec l'interprétation donnée, car l'émotion provient d'un sentiment envers quelqu'un ou quelque chose. Ces émotions se déclinent en centaines de nuances, d'intensités, de sensations, etc.

Enfin, l'approche sensori-émotionnelle joue beaucoup sur les émotions qui aident à s'adapter à chaque situation de la vie. L'émotion est ce qui rattache la personne à son passé et à son histoire. C'est elle qui oriente le futur de chacun sur des standards de plaisir et de déplaisir. En somme, l'émotion informe la personne qu'elle est «touchée»

par quelque chose. L'émotion est un système de communication.

Lorsqu'on parle de tout type de démence et particulièrement de la maladie d'Alzheimer, l'intervenant peut, tout au long de l'évolution de la maladie, se fier à l'expression faciale des gens atteints. Alors que la maladie progresse, il y a de moins en moins de

**Le défi pour l'intervenant en soins spirituels est d'entrer dans la «réalité» de la personne atteinte de déficit cognitif et d'y rester.**

paroles, mais, par contre, le visage démontre la colère, la tristesse, la joie ou la peur. Les personnes atteintes sont capables de ressentir toute

une gamme d'émotions. «La mémoire émotionnelle est la première à fonctionner chez les bébés et la dernière qui demeure chez les personnes présentant un syndrome démentiel». (Geneau & Ménard, 2006).

L'Association canadienne des ergothérapeutes (1998) affirme que :

Il est important de faire savoir à la personne que l'on comprend les sentiments qu'elle éprouve. Il faut être attentif aux indices non verbaux (par exemple l'expression faciale) et au ton de la voix afin d'en déterminer la nature, puis de procéder à une vérification en demandant vous me semblez être très fâché.

Par ailleurs, les personnes atteintes d'Alzheimer ont une extraordinaire capacité pour saisir l'état émotif d'autrui, de mesurer l'authenticité des personnes, de détecter la bienveillance comme la malveillance, de décrypter les signes de douceur ou de dureté dans le ton, les gestes ou les regards. Elles deviennent des scanners d'âmes. (Pouliot, 2010)

Lorsqu'on parle de la mémoire émotionnelle ou affective, il faut se rappeler qu'une émotion peut resurgir d'un souvenir relié à une activité, à la présence de quelqu'un ou lors d'une intervention de soins. La maladie semble anesthésier les émotions, les sentiments et les souvenirs. Également, plus la maladie avance, moins il y a de filtres dans les réactions et les comportements, tout comme chez un enfant.

C'est à partir des sens et de la mémoire affective qu'a été développée l'approche sensori-émotionnelle. Ainsi, elle souhaite améliorer la qualité

de vie quotidienne de la personne en lui donnant envie de regarder, d'écouter, de sentir, de toucher, de découvrir ou de redécouvrir son environnement et son corps autrement qu'à travers la douleur et les limites que les déficits cognitifs lui imposent. Pour atteindre ce résultat, les outils utilisés lors des rencontres sont très variés.

❖  
***Les outils utilisés  
lors des rencontres***

Les intervenants, lors des rencontres, utilisent des boîtes thématiques remplies d'objets bruyants pour stimuler l'ouïe, d'objets odorants pour travailler l'odorat, d'images pour utiliser la vue, de nourriture pour aiguiser le goût, d'éléments tactiles (sensations) pour stimuler le toucher, etc. Beaucoup d'articles familiers peuvent donc être utilisés : télévision, salle de cinéma, cuisinière pour faire de la pâtisserie et la cuisine, instrument de musique, tissus, etc. Le thème des saisons est à exploiter en faisant de la plantation de semences dans des bacs à semis, du repiquage, de la transplantation et de l'arrosage au quotidien. Il est aussi possible de décorer la salle différemment pour chaque saison à l'aide d'images significatives. Les fêtes du calendrier peuvent également être utilisées comme thèmes. Finalement, il est possible de faire émerger des souvenirs à l'aide d'objets personnels ou d'objets liés à une activité, à un thème ou à une situation.

Chaque personne dispose d'une quantité phénoménale de mots et d'expressions pour rendre compte des différentes teintes des joies et des peines. La communication émotive n'utilise pas seulement les mots exprimés, mais peut également communiquer les sentiments par différents signaux non verbaux. Ces puissants signaux sont branchés directement sur les émotions.

❖  
***L'expérimentation***

L'expérimentation présentée dans cet article s'est déroulée dans un CHSLD public de Joliette et une résidence privée conventionnée. Trois personnes ont participé : monsieur Médéric, madame Marie-Catherine et madame Suzanne (noms fictifs). Pour chacun, un bref récit de vie sera fait afin de bien

situer le contexte des interventions et des réactions. Le matériel sensoriel utilisé durant cette expérimentation sera présenté.

**Monsieur Médéric**

Monsieur Médéric est âgé de plus de 70 ans. C'est un célibataire qui est toujours demeuré chez ses parents pour les aider à la ferme. Cet homme n'a pas reçu une grande éducation scolaire, car il a toujours éprouvé certaines difficultés psychologiques, qui ont créé chez lui de l'isolement, de la colère, de la frustration et ont limité les relations sociales, même à l'intérieur de son cercle familial. Il sait à peine lire et écrire. Il aimait beaucoup son père agriculteur et sa mère. Il avait plusieurs frères et sœurs, mais préférait l'un d'eux qui s'est toujours occupé de lui, même à l'âge adulte. Il a grandi dans la région. Au début de la soixantaine, monsieur Médéric a dû être hospitalisé. On a alors découvert qu'il souffrait d'une démence de type Alzheimer, en plus de sa problématique psychologique.

Il se déplace en chaise roulante à cause de son manque d'équilibre et de l'absence de son sens de l'orientation. Il ne parle pas beaucoup et émet souvent des sons. Il comprend bien

lorsqu'on lui parle et voit bien aussi. Par contre, il est porté à fuir le regard des autres. Par moment, il peut avoir des comportements agressifs et oublie les choses courantes. Il reconnaît les gens et les endroits familiers. Il est dépendant pour les soins d'hygiène, mange seul, mais ne participe à aucune activité.

Il a besoin de peu de surveillance car, la plupart du temps, il est au salon ou à la cuisine. Il n'aime pas rester dans sa chambre. Il aime les endroits où il y a du mouvement et des activités même s'il n'y participe pas. Il est peu sociable à cause de son vécu personnel, ses difficultés de communication verbale ainsi que son comportement imprévisible.

***Progression des rencontres***

Tous les jours, l'investigatrice allait le saluer dès l'arrivée, se présentait en lui touchant l'épaule ou le bras, le regardait dans les yeux, même si son regard fuyait et qu'il tournait parfois la tête. Lorsqu'elle le touchait, il réagissait agressivement. Il exprimait alors son mécontentement à l'aide de son non verbal ou il la repoussait avec sa main. Au début,

***Les personnes atteintes d'Alzheimer  
deviennent des scanners d'âmes.***

c'était le seul contact possible avec lui, parce qu'il les refusait généralement. On ressentait bien sa méfiance, sa crainte et son anxiété en face d'une personne inconnue.

Un jour, devant un gros ourson, il s'est mis à crier et avoir de grandes réactions physiques. Pour la première fois, il émettait des paroles claires. Avec sa main, il faisait signe de s'en aller. Il ne voulait plus avancer et il continuait de réagir de manière excessive, autant en paroles qu'en gestes.

À la suite de cet incident, il fut établi que la présence de l'ourson pouvait avoir évoqué une partie de son histoire de vie et un lien de confiance a été développé et il est devenu de plus en plus possible de le rencontrer; ses protections sont tombées petit à petit, son regard était moins fuyant. Lorsqu'on le touchait, il n'ôtait plus ses bras et ne repoussait plus la personne. Les rencontres sont devenues de plus en plus calmes et sécurisantes pour lui. Il souriait et utilisait beaucoup d'expressions faciales. Tous ses comportements démontraient son appréciation des rencontres.

Cette relation de confiance a pu devenir possible parce que le temps avait été mis pour l'appivoiser, en respectant ses limites.

### ***Outils sensoriels utilisés***

Animation avec un ourson

Suite à sa réaction en lien avec l'ourson géant, un plus petit a été utilisé. Était-ce le format ou la peluche elle-même qui le mettait dans cet état? Qu'est-ce qui pouvait déclencher sa réaction de colère, de peur et d'anxiété au point où, tout à coup, tous comprenaient très bien ce qu'il criait, contrairement à d'habitude. Avec le petit ourson, sa réaction fut complètement différente. Il s'est mis à le serrer contre lui, le toucher délicatement, le frotter sur son visage; il souriait et riait aux éclats. La présence de cet animal en peluche a permis de développer une proximité avec lui. Il a pu être touché avec douceur, être regardé dans les yeux, sans provoquer d'éclats.

Animation avec des images : une ferme avec un champ de maïs

À la vue de cette image, il s'est mis à parler de son père et de sa mère et il a dit qu'ils étaient morts tous les deux. Il s'est alors mis à pleurer en disant qu'il les aimait beaucoup et qu'il s'ennuyait d'eux,

surtout de son père. Il a aussi parlé du travail à la ferme avec son père, pendant que sa mère préparait la nourriture et faisait des bas. Il a parlé des animaux, des légumes et des responsabilités que son père lui donnait pour l'aider.

### ***Besoins spirituels identifiés***

Selon les indicateurs du ST-VIAR, le besoin spirituel identifié lors des rencontres avec monsieur Médéric est le *besoin d'appartenance*, car il a parlé des personnes significatives dans sa vie et de son besoin d'être avec elles. Malgré ses difficultés cognitives, il était capable de se rappeler qu'elles sont décédées et qu'il ne peut plus être avec elles. Quoiqu'il ait un peu pleuré à ce moment, il n'était pas submergé par ses émotions. Il voulait garder l'image de la ferme, bien qu'il ne l'ait pas dit clairement, mais il la gardait sur lui ; c'était quelque chose qui lui plaisait. Tout ce qui a un lien avec la ferme lui rappelle de bons souvenirs et, dès ce moment, le contact a été très bon.

### ***Madame Marie-Catherine***

Madame Marie-Catherine est âgée de plus de 90 ans. Elle est native de la région et s'est mariée à un jeune âge. Elle a eu quatre enfants. À l'âge de 35 ans, madame a vécu un drame terrible duquel un seul de ses enfants est sorti vivant. Elle a fait ensuite une dépression majeure et a été hospitalisée. Son mari s'est occupé seul de l'enfant survivant. Depuis ce jour, elle est passée d'une dépression majeure à une démence et a dû être internée au début de la quarantaine. Elle a été incapable de prendre soin de son enfant, dont le père s'est occupé jusqu'à l'âge adulte.

Madame Marie-Catherine est atteinte d'une démence mixte qui est d'origine vasculaire et d'Alzheimer. Elle se déplace en fauteuil roulant. Elle voit bien, entend moins bien et a de la difficulté à communiquer. Elle oublie les choses courantes, mais reconnaît son entourage familial, le personnel et son enfant qui vient la voir régulièrement. Sa visite est toujours appréciée.

Elle n'est pas consciente de ce qui se passe autour d'elle. Au niveau du comportement, elle est dangereuse et blesse parfois les gens. Alors, il est souvent nécessaire d'utiliser la contention. Elle a toujours besoin de surveillance. Le jour, elle est placée au salon qui est adjacent au poste des infirmières. C'est une dame anxieuse et par moment, elle

ne collabore pas aux consignes données. Elle ne participe pas aux activités. Elle a besoin d'aide pour se nourrir, s'habiller ou faire son hygiène corporelle.

### **Progression des rencontres**

La fréquence des contacts avec madame était d'une fois par semaine au début. Elle était très réticente aux nouvelles présences et une nouvelle voix semblait lui faire peur. Pour tenter d'entrer en contact avec elle, une approche différente a été choisie : visite dans sa chambre le matin avant qu'elle ne soit lavée et habillée. Entrée en douceur et utilisation de photos, de toutous et d'objets religieux qui lui appartenaient pour établir un contact et développer sa confiance. Petit à petit, il était de plus en plus possible de se rapprocher d'elle et de la toucher; son non verbal et son regard étaient plus doux.

Un jour, lors d'une rencontre, utilisant des sacs de différentes couleurs, parsemés de dessins, une demande lui a été adressée: souhaitez-vous voir ce qu'il y a dans le sac? Elle n'était pas certaine, mais son non verbal manifestait une certaine curiosité. Elle a ouvert elle-même les sacs et, tout à coup, elle a souri pour la première fois depuis le début des rencontres.

### **Outils sensoriels utilisés**

Parmi les nombreux sacs, elle avait choisi celui contenant les tissus. À la question posée si elle les connaissait, elle a dit qu'elle avait été couturière et qu'elle confectionnait des robes de mariée.

Elle a avoué avoir fait sa propre robe de mariée. Elle s'est alors mise à parler, tout en prenant d'autres tissus et en les froissant entre ses doigts. Elle a raconté qu'elle faisait aussi d'autres vêtements et qu'il est important de bien connaître les tissus, surtout dans la confection de vêtements d'enfants. Elle a dit qu'elle faisait les vêtements de son enfant et aussi ceux des autres. À la question concernant si elle avait eu d'autres enfants, elle s'est alors mise à répéter «non, non, non...» Elle s'est alors complètement refermée et son non verbal a changé. Son regard était triste, flou, les traits de sa figure changeaient, on pouvait y voir de la colère et de la dureté; elle se refermait de plus en plus sur elle-même. Elle venait de fermer la porte à toute communication. On pouvait voir et ressentir sa douleur et son désarroi. C'était la première fois qu'elle faisait mention des autres depuis l'incident. Tout cela à cause d'un simple morceau de tissu.

### **Analyse des résultats des interventions**

Sa fragilité est toujours présente, malgré que ce drame se soit déroulé il y a plus de 50 ans. Elle n'a jamais voulu reparler de la mort de ses enfants, que ce soit au personnel ou encore à son enfant survivant. Afin de survivre à ce drame, elle a toujours caché cette fragilité, cette vulnérabilité et cette culpabilité, au détriment de sa santé physique et psychologique. Cela montre qu'elle a volontairement fabriqué une barricade autour d'elle, afin que personne ne l'approche. Elle a également développé l'image qu'elle projette : dure, colérique et agressive.

### **Besoins spirituels**

Selon les indicateurs du ST-VIAR, le besoin spirituel, identifié lors des rencontres avec madame Marie-Catherine, est *la recherche de sens*. Ce besoin a été rendu visible par sa réaction en lien avec ses enfants décédés. Ses repères et sa raison de vivre ne sont plus les mêmes depuis cette grande perte. Il lui reste un enfant et c'est la seule chose qui lui donne une raison de vivre. On ressent son sentiment de culpabilité de ne pas avoir pu sauver les autres. Durant l'animation, il y avait une bonne atmosphère lorsque madame Marie-Catherine parlait des robes et des tissus, tellement qu'on avait l'impression de la voir coudre. Mais, lorsque les autres enfants ont été mentionnés, elle a fermé la porte complètement et on l'a vue se transformer en une maman lourdement atteinte par un choc terrible. Ainsi, lorsque quelqu'un souffre de démence, des besoins sont quand même camouflés au plus profond de l'être. Les gens déments ne peuvent pas cacher, comme les autres, ce qu'ils vivent ou ressentent, car ils n'ont plus de filtre pour protéger leur vulnérabilité.

### **Madame Suzanne**

Madame Suzanne, au milieu de la cinquantaine, est une femme célibataire qui a presque toujours vécu avec son père. Elle a toujours été très sociable et a beaucoup d'entregent. Elle a travaillé pour une compagnie pétrolière jusqu'à la fermeture de celle-ci. Suite à cette perte d'emploi, elle a fait une dépression qui a été traitée comme de l'insomnie chronique. Par la suite, elle a trouvé un autre poste jusqu'au moment où la maladie a été diagnostiquée.

À cinquante ans, madame Suzanne souffrait donc d'une forme de maladie d'Alzheimer très rare, puisqu'elle était située au niveau du lobe frontal, ce qui faisait qu'elle perdait la mémoire procédurale avant la mémoire courante. De plus, comme son

cerveau ne reconnaissait plus, ne décodait plus ce qu'elle voyait, elle semblait devenir aveugle.

Elle a habité dans son appartement pendant trois ans après le diagnostic, années pendant lesquelles plusieurs de ses amies lui apportaient de la nourriture, faisaient son épicerie, son lavage, allaient magasiner avec elle pour ses vêtements et autres besoins, l'amenaient à l'église le dimanche, au restaurant, à la banque, la gardaient à coucher de temps en temps. Jusqu'au moment où elle n'a plus été capable de se nourrir toute seule et de s'occuper de son hygiène personnelle. C'est à ce moment, qu'elle fut dirigée vers une résidence pour personnes semi-autonomes.

Dès son arrivée en hébergement, elle a repris goût à la vie grâce aux soins du personnel et à l'environnement. Elle s'était remise à rire, était capable de faire des phrases complètes et même occasionnellement d'avoir une conversation, ce qu'elle ne faisait plus depuis son hospitalisation. Elle marchait continuellement, malgré son problème visuel, donc se frappait régulièrement, mais sans se blesser. Elle était aimée des résidents autant que du personnel, car sa personnalité joviale et son jeune âge faisaient en sorte que les gens voulaient l'entourer et la protéger. Puis, la situation de santé s'est dégradée et elle est décédée d'une pneumonie. Sa maladie aura eu raison d'elle en l'espace de seulement cinq ans.

### ***Progression des rencontres***

Le soutien spirituel a été différent avec elle. Tant qu'elle a pu s'exprimer, elle mentionnait son intérêt pour les rencontres. Avec la progression de la maladie, son non verbal démontrait également son intérêt et le bien-être que les rencontres lui procuraient. Elle vivait beaucoup d'anxiété, parfois des moments de colère.

### ***Outils sensoriels utilisés***

Chaque visite était agrémentée de la Parole de Dieu, de prières et de chants. Elle disait que ça lui faisait du bien. Plus la maladie progressait, plus ses facultés déclinaient (vue, parole, jugement, etc.). Malgré toutes ces pertes, le côté spirituel demeurait intact en elle. Lors des moments de prières, elle priait comme lorsqu'elle était en pleine possession de ses facultés. Le Livre des Psaumes était beaucoup utilisé, car elle avait connu l'école du dimanche toute petite et y avait enseigné aux enfants. Souvent, elle se

mettait à réciter un psaume, par cœur, sans oublier un mot et tout était très clair. Elle chantait très fort. Après, ou même pendant le chant, elle arrêta et parlait de son père, car il aimait chanter et le faisait souvent à la maison. Ces outils, que sont la Parole, la musique et la prière, permettaient de voir diminuer son anxiété, ses hallucinations, son agressivité et ses peurs. Elle devenait de plus en plus calme et apaisée. Cela prouvait que ces moyens avaient un effet positif et que ces animations lui procuraient ce dont elle avait besoin pour retrouver une stabilité dans son être.

### ***Analyse des résultats des interventions***

*Première animation en lien avec ses croyances :* Souvent, lorsque les gens sont frappés par la maladie ou par toute autre circonstance difficile, ils blâment Dieu ou abandonnent ce qui était un soutien pour eux. Madame Suzanne aurait pu, elle aussi, mettre de côté sa foi lorsqu'elle a reçu son diagnostic. Elle est pourtant restée attachée à ses croyances.

### ***Besoins spirituels***

Selon les indicateurs du ST-VIAR, le besoin spirituel identifié lors des rencontres avec elle est *le besoin de transcendance*. Celui-ci combine à la fois la présence de Dieu et la présence de ses sœurs dans la foi évangélique. Chaque moment de lecture de la Parole et de chant l'amenaient vers la paix, le calme et le bien-être intérieur. Elle se sentait en sécurité et l'anxiété, l'angoisse et les hallucinations diminuaient et parfois elles disparaissaient. Plusieurs auteurs affirment que la transcendance joue un rôle majeur dans le bien-être du patient.

*Deuxième animation en lien avec les massages (toucher) :* Elle aimait les massages dans sa vie antérieure. Ainsi, à travers ceux-ci, la peur, l'anxiété et l'angoisse disparaissaient. Le toucher, qui pour elle était quelque chose de significatif, lui permettait d'être en confiance, détendue, sans se sentir en danger. Le toucher par massage représentait aussi l'amour, la douceur et la tendresse dont elle a toujours eu besoin.

Selon les indicateurs du ST-VIAR, le besoin spirituel identifié lors des rencontres est *le besoin d'appartenance*, car toutes les interventions ont été faites dans la confiance, la douceur, la chaleur humaine, l'affection, la délicatesse, l'amour, le respect et tout cela, avec un certain sens de l'écoute.

❖  
**Conclusion**

À la lumière de cette expérience, il est possible, en utilisant une approche adaptée, de découvrir les besoins spirituels d'une personne atteinte de démence. Lorsqu'elle est concluante, elle permet des interventions efficaces. On sait comment l'action auprès de la clientèle démentie n'est pas une tâche facile pour les intervenants car, contrairement à d'autres secteurs de soins, on ne peut parler d'amélioration de la condition, de résultats quantitatifs. Il faut accepter d'atteindre des résultats qualitatifs, liés au bien-être de la personne, et non espérer sa guérison qui est souvent impossible. Les gens atteints de démence sont des êtres humains; ils ont des vies et des besoins qu'il faut découvrir.

Le défi pour un intervenant en soins spirituels est d'entrer dans la réalité de la personne et d'y rester. Il ne faut pas tenter de la faire raisonner, mais plutôt essayer de pénétrer dans son monde pour être avec elle. Il faut vivre une démarche qui va dans le sens de ce qu'elle exprime. La stimulation d'un sens éveille chez elle un souvenir, exprimable ou non, lié à son vécu. Sa réaction positive nous indique un besoin satisfait et sa réaction négative signale un besoin en attente d'une réponse. Les objectifs sont mis sur l'amélioration de la communication verbale ou non verbale ainsi que sur la qualité de vie et non sur les apprentissages. Ils doivent être réalistes pour favoriser le bien-être et tenir compte des capacités et des limites des personnes. Le contraire provoquerait de l'anxiété et de la frustration.

Ainsi, il est visible que les trois personnes choisies pour cette expérimentation avaient un bagage de vie et une situation de santé très différents. Pourtant, les trois ont réagi très positivement à l'approche sensori-émotionnelle. Il faut retenir que tout ce qui stimule les sens peut être utilisé et doit être approprié aux animations et aux personnes.

L'approche sensori-émotionnelle, jumelée à l'approche des besoins fondamentaux de la personne, donne de bons résultats. Cependant, il est essentiel de ne pas prendre pour acquis que toute émotion indique nécessairement un besoin spirituel. Si on ne connaît pas suffisamment la personne, il est nécessaire d'entrer en contact avec la famille, de consulter les notes au dossier ou de discuter de la personne en rencontre interdisciplinaire avec les autres profes-

sionnels de la santé. Il faut toujours être prudent. Comme, le plus souvent, les besoins sont déduits des réactions non verbales, il se peut qu'elles soient difficiles à interpréter.

L'approche sensori-émotionnelle utilisée dans les interventions en soins spirituels peut facilement être utilisée pour d'autres types de clientèles et dans d'autres circonstances avec autant de succès.

Cette expérience fut enrichissante autant pour les personnes rencontrées que pour l'investigatrice. En effet, il est saisissant de constater que, grâce à l'utilisation d'une peluche, d'un tissu, d'une prière ou d'un massage, il est possible d'entrer en communication et de découvrir un homme ou une femme qui finit par exprimer son vécu et ouvrir son cœur.

### NOTES

- 1 Marc Pepper est chef de service du département des soins spirituels et Mario Drouin est intervenant et superviseur enseignant en soins spirituels.
- 2 Le Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière (CSSSNL) est situé à St-Charles-Borromée dans la région de Lanaudière et dessert le plus grand territoire en nombre de services en CSSS au Québec. Il est composé d'un centre hospitalier régional (CHRDL), de onze centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) hébergeant plus de 1 000 résidents, de cinq centres locaux de services communautaires (CLSC) ainsi que de deux centres de réadaptation (CR).
- Le CSSSNL est aussi un centre de formation et de recherche en soins spirituels cliniques. En 2002, l'Université de Montréal a accepté qu'un stage pastoral clinique soit donné au CHRDL; il est maintenant reconnu par cette université et par l'Association des intervenantes et intervenants en soins spirituels du Québec (AISSQ). De plus, il est devenu une référence pour les centres hospitaliers qui réorientent leur service de pastorale vers des services de soins spirituels. Aussi, aux deux ans, il invite les collègues du Québec à un colloque traitant de l'intervention auprès de la clientèle.
- 3 Le nom ST-VIAR est un acronyme des six indicateurs définissent la sphère spirituelle. Ce modèle a été réalisé en s'inspirant d'un document de travail de Jean-François Nobles et d'Anne-Marie Fatzerm, chercheurs suisses.

### RÉFÉRENCES

- Association canadienne des ergothérapeutes. (1998). *Vivre à domicile avec une démence de type Alzheimer*.
- Bélanger B., & Charbonneau, C. (2010). *Diversité des besoins spirituels et religieux : éclairage découlant d'une enquête qualitative en soins palliatifs*. 20<sup>e</sup> congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec. Sous presse.
- Centre de santé et des services sociaux du Nord de Lanaudière, (CSSSNL). (2010). *Guide d'entrevue et d'analyse théologique et spirituelle, évaluation spirituelle, objectifs et plans de soins pour modèle ST-VIAR (La sphère spirituelle; les besoins spirituels)*. Mis à jour le 21 avril 2010.
- Drouin, M. (2009). *De nouvelles réalités... vers de nouvelles pratiques*. Présentation Powerpoint au Colloque sur les soins spirituels aux personnes âgées hébergées, CSSSNL-CHRDL.

Geneau, D., & Ménard, C. (2006). *Programme de formation en psychogériatrie Comportements d'agitation pathologique l'approche optimale du résident*. Montréal : Services d'expertise en psychogériatrie, Enseignement et consultation.

Maslow, A. (1943). *A theory of human motivation*.

Pouliot, É. (2010). *Mémoire perdue, relations suspendues. La maladie d'Alzheimer*, Cahiers de spiritualité ignacienne. Québec : Centre de spiritualité Manrèse.

### SITES INTERNET

Bélanger, Bruno, & Charbonneau, Cécile. [http://aqsp.org/images/CONGRES\\_2010/B12\\_DiversiteBesoinsSpirituels.pdf](http://aqsp.org/images/CONGRES_2010/B12_DiversiteBesoinsSpirituels.pdf), consulté le 31-12-2010.

Fraisse, P. (2007). Les besoins spirituels des personnes atteintes de cancer bronchique en fin de vie. *Revue des maladies respiratoires*, 24(8)-C2, octobre, 125-130.

<http://www.em-consulte.com/article/146561>, consulté le 05-01-11.

### DÉPLIANTS

Société Alzheimer du Canada. (2008). *Recherche : Évolution de la maladie d'Alzheimer, le stade avancé, les besoins spirituels*.

Société Alzheimer du Canada. (2008). *Recherche : Évolution de la maladie d'Alzheimer, survol, la fin de vie*.

Société Alzheimer du Canada. (2009). *Recherche : La maladie d'Alzheimer et les facteurs de risque : qu'est-ce que la maladie d'Alzheimer*.

Intervenante en soins spirituels travaillant dans deux centres hospitaliers, **Line Lévesque** est employée au CSSS du Sud de Lanaudière trois jours par semaine et au centre hospitalier de Joliette de façon occasionnelle ou sur appel. Elle est révérende de confession évangélique (protestant) ce qui représente le statut d'un prêtre en confession catholique. Elle fait de l'accompagnement depuis 26 ans auprès de tout type de clientèle et du bénévolat dans des prisons pour femmes et pour hommes (Joliette, Tanguay, Drummondville, La Macaza). Elle donne également des conférences dans des écoles secondaires sur la violence, le suicide et témoigne, dans les classes de cheminement, de la possibilité de poursuivre les études malgré une problématique académique.

Elle est souvent sollicitée pour célébrer des funérailles en lien avec le vécu des familles lors des célébrations de fin de vie. À l'occasion, madame Lévesque donne de l'information sur le rôle joué par son groupe d'appartenance auprès des patients, des familles et du personnel de même qu'auprès d'étudiants(es). Elle accompagne aux funérailles des gens avec qui elle a partagé des célébrations de fin de vie lors du séjour à l'hôpital. Elle fait également des sessions d'information sur sa profession auprès d'étudiants en soins comme auxiliaire et préposé.

Pour en savoir davantage sur l'Association des intervenants et intervenantes en soins spirituels du Québec, (AISSQ), consulter <http://www.aiissq.org>.

## Francine Ducharme reçoit le Prix Reconnaissance Nicolas-Zay

Lors de la soirée Gala-bénéfice du 35<sup>e</sup>, de l'Association québécoise de gérontologie (AQG) le 1<sup>er</sup> novembre 2013, madame **Francine Ducharme** infirmière, Ph.D, a reçu le *Prix Reconnaissance Nicolas-Zay* en remerciement pour l'ensemble de ses réalisations touchant les soins et services aux personnes âgées. Madame Ducharme est professeure et chercheure à la faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également responsable de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à sa famille. Ses recherches portent sur les nouvelles pratiques en soins infirmiers. On lui doit, entre autres, des programmes de support aux aidants à domicile de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou auprès de ceux dont le proche âgé est hébergé en centre de soins de longue durée.

Le Prix Reconnaissance Nicolas-Zay, du nom de l'un des 14 fondateurs de l'Association québécoise de gérontologie, est décerné tous les deux ans et est attribué à une personnes qui a œuvré dans le domaine de la Gérontologie.



# Des soins qui font du bien à l'âme et au corps en fin de vie

Jeanne Fortin-Villeneuve, inf. B.Sc., et Diane Tapp, inf. Ph.D.(c)

---

**L**es milieux de soins palliatifs accueillent des personnes en phase terminale et leurs proches afin de favoriser leur qualité de vie, et ce, jusqu'aux tous derniers moments. Ils visent plus précisément à répondre aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage d'une manière adaptée et respectueuse. Pour les infirmières de la Maison Michel-Sarrazin, ces demandes font également référence aux aspects significatifs ou importants pour les malades. Puisque les individus sont au centre de leurs préoccupations, elles mobilisent tous les efforts possibles afin qu'ils puissent s'épanouir et faire l'expérience de situations positives, notamment sur le plan existentiel et social. Cet objectif constitue par ailleurs le défi que tente de relever chaque jour l'ensemble des individus œuvrant dans cet établissement. La personne est considérée d'une manière globale, avec toutes ses facettes, y compris celles liées à la spiritualité. Celles-ci représentent notamment la recherche d'un sens profond à la vie, aux événements quotidiens et concerne l'essence de la personne (Pepin & Cara, 2001).

Ce texte vise à mettre en lumière cet engagement quotidien envers les personnes malades et à préciser la conceptualisation de leurs soins en regard de la composante spirituelle et existentielle. Dans un premier temps, nous présenterons le modèle de soins adopté par la Maison pour favoriser le bien-être de la personne. Nous tenterons de dégager la façon dont les infirmières conçoivent l'accompagnement et interviennent auprès des personnes dans le but de favoriser leur qualité de vie en contexte palliatif. Nous évoquerons par ailleurs les sources de sens pour les intervenants.



## *L'équipe d'intervenants au service des personnes en fin de vie et leurs familles*

Plus de 300 employés et bénévoles œuvrent à la Maison. L'équipe interdisciplinaire est composée actuellement de médecins, de pharmaciennes, de

travailleurs sociaux, d'un aumônier, d'une physiothérapeute, d'une ergothérapeute, d'une nutritionniste, de préposés et d'infirmières. Des centaines de bénévoles s'impliquent dans tous les secteurs d'activités, notamment aux soins, à l'accueil, au centre de jour et à la Fondation.

Le contact quotidien entre les intervenants et la proximité des locaux facilite la communication. La force de l'équipe s'explique aussi par la solidarité autour d'un objectif commun : favoriser le confort et la qualité de vie de chaque personne. Il peut arriver qu'un intervenant se sente limité pour accompagner la personne dans ce qu'elle exprime. Il y a alors toujours un collègue prêt à venir porter main forte. L'ensemble des intervenants s'efforce de soutenir les personnes en respectant leur vision de la vie, du mourir et leur spiritualité.

L'expression de leurs sentiments peut émerger à tout moment, c'est-à-dire à chacune des rencontres avec les membres de l'équipe. Plus précisément sur le plan religieux, la présence régulière d'un aumônier permet d'abord aux personnes malades et à leurs proches d'avoir accès à un accompagnement spirituel et religieux, si tel est leur souhait. Le prêtre rencontre toutes les personnes qui en expriment le désir, sans égard à la nature de leurs croyances religieuses. Certaines d'entre elles choisissent néanmoins de poursuivre leur cheminement avec un autre accompagnateur, par exemple un ministre du culte de leur choix ou une autre personne significative. Par ailleurs, deux travailleurs sociaux offrent aux personnes malades et à leurs proches un soutien axé davantage sur la sphère psychosociale et existentielle. Ils s'inspirent notamment de l'approche narrative (White & Epston, 1990) et encouragent les personnes à partager les dimensions significatives et spirituelles de leur vécu. Leurs services sont disponibles autant à la Maison qu'au centre de jour.

Hormis ces professionnels spécialisés, les autres intervenants de la Maison peuvent également intervenir sur le plan spirituel ou psychosocial auprès des personnes d'une manière qui leur est

particulière. Les différentes fonctions exercées au sein de la Maison les amènent tous à avoir une relation privilégiée et unique avec le malade et ses proches. En fait, l'ensemble des intervenants noue des liens qui constituent des contextes propices aux ouvertures spontanées et à la création de moments riches de sens. Même s'ils ne sont pas formés en ce sens, ces individus œuvrent avec une humanité et une sensibilité incomparables. Il peut en effet être bien surprenant d'entendre ce que les patients peuvent révéler aux personnes s'occupant de l'entretien ménager ou de la cuisine.

D'ailleurs, les bénévoles aux soins et à l'accueil sont très précieux dans l'équipe de la Maison. Avant de devenir bénévoles, certains possédaient déjà une expérience dans le domaine de la santé. Cependant, la grande majorité d'entre eux proviennent de différents horizons et n'avaient jamais été en contact direct avec les soins aux malades. Ils apportent du dynamisme au sein de l'établissement et une belle richesse, tant par leur personnalité que par leur générosité. À cause de leur proximité et de leur contact direct avec les patients et leurs proches, ils vont souvent recevoir des confidences très personnelles. Certains ont développé une compétence très importante en soins palliatifs : l'art de la *présence*.



### ***Les soins infirmiers globaux à la Maison Michel Sarrazin***

À la Maison Michel-Sarrazin, les infirmières sont également des témoins privilégiés de l'évolution des personnes en raison de leur présence soutenue auprès d'elles et de la nature de leurs activités. Par ailleurs, à ce moment, les soins physiques prennent une importance primordiale. Au-delà des aspects techniques ou routiniers, les soins corporels sont déterminants pour le bien-être des personnes en fin de vie (Martineau, & Bergeron, 2011). Par exemple, le confort dû à un positionnement adéquat ou au soulagement de symptômes associés à l'hydratation ou à l'élimination revêt une importance particulière. Les infirmières comprennent clairement la valeur de tels gestes dans l'appréciation des derniers instants de la vie, autant pour les malades que pour leurs proches et c'est pourquoi elles pratiquent le *soin global* (Martineau, & Bergeron, 2011)<sup>1</sup>. Elles sont donc responsables de tous les soins à prodiguer, entre autres l'évaluation de l'état physique et mental, les divers traitements visant le soulagement de la douleur et des autres symptômes, les soins

d'hygiène et les déplacements sécuritaires. Le jour et le soir, les infirmières travaillent en tandem avec des bénévoles aux soins tandis que la nuit, un préposé collabore avec elles. En assurant une présence soutenue, les infirmières ont un contact privilégié avec la personne malade, ce qui favorise l'expression de ce qui est significatif et important pour cette dernière, à ce moment.

Elles savent également que ces gestes doivent s'harmoniser aux besoins de chaque individu. Pour cette raison, en partenariat avec leurs collègues, elles organisent les activités afin qu'elles soient adaptées en fonction de ce qui est *prioritaire* pour la personne. En d'autres mots, chacun est unique et les soins offerts doivent être cohérents avec la façon dont ils ont vécu leur vie, jusqu'à leur arrivée. Ils doivent être jumelés à des actions plus concrètes touchant la personne même. Pour y parvenir, les infirmières s'inspirent de la philosophie de *l'humaindevenant* (Parse, 2003, 2007). Celle-ci propose globalement une vision qui invite les intervenants à concevoir et à orienter leurs interventions vers la création du devenir des personnes en fin de vie (Lavoie, 2008).



### ***L'Humaindevenant***

Ce modèle de soins a été implanté à la suite d'un projet de recherche réalisé par des chercheuses de l'Université Laval et de la Maison Michel-Sarrazin (Lavoie, Blondeau, & Martineau, 2013). Les bases conceptuelles de cette approche, présentant de nombreux points communs avec la philosophie des soins palliatifs, a grandement contribué à son intégration par les infirmières et d'autres intervenants de la Maison. Compte tenu de l'enthousiasme et des effets constatés chez les infirmières auxquelles ce programme s'adressait principalement, d'autres secteurs ont souhaité également apprendre et effectuer des rapprochements avec leur pratique.

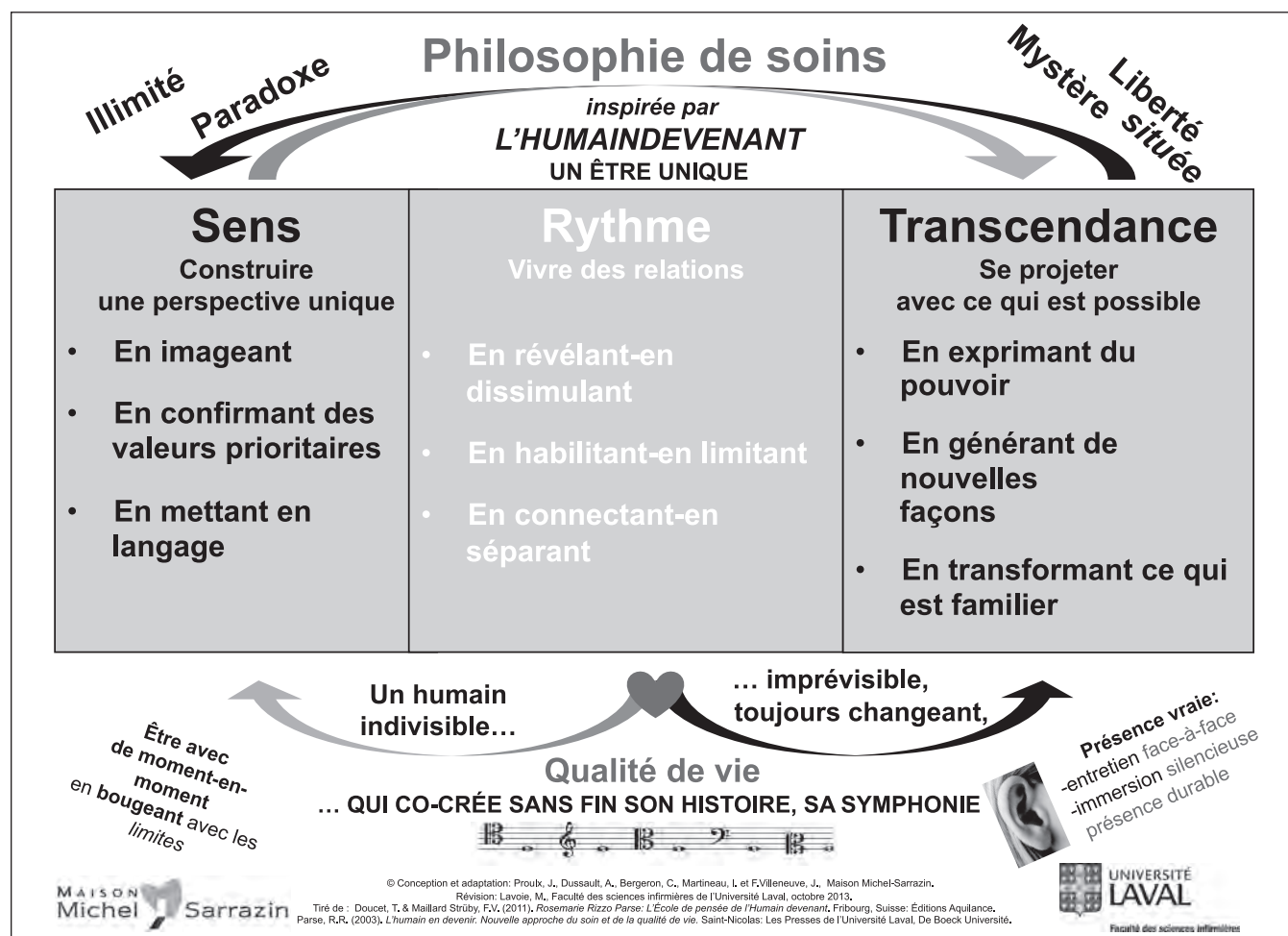
Selon le modèle de *l'humaindevenant*, la personne est indivisible, imprévisible, toujours changeante. Par ailleurs, elle est libre de choisir ses façons de vivre des situations particulières (Lavoie, Dussault, Proux, & Tapp, 2012). Elle cocrée sans fin son histoire avec tout ce qui l'entoure (Parse, 1996). Ainsi, les intervenants, par leur accompagnement et leurs soins, sont aussi appelés à «participer» à la création du devenir des personnes en fin de vie (Lavoie, 2008).

Les trois thèmes centraux de l'approche sont *le sens, le rythme et la transcendance*. Le **sens** implique que la personne se construit une perspective unique, *en imageant*, en confirmant des valeurs prioritaires et *en mettant en langage*. Toute personne donne une signification à ce qu'elle vit et construit son devenir, son histoire unique à partir des choix qu'elle fait et des liens qu'elle tisse avec des personnes, des événements et même des objets. Par exemple, lorsqu'une personne affirme qu'elle souhaite que l'on procède à un soin rapidement parce qu'elle attend des visiteurs dans peu de temps, elle nous révèle une valeur importante pour elle, à ce moment. Elle l'exprime dans un langage verbal. Toutefois, « mettre en langage » se fait parfois de façon plus subtile, par un regard ou un soupir. Les intervenants doivent donc être bien présents pour saisir ce qui se vit *de moment en moment*.

Le **rythme** fait référence aux relations vécues *en révélant et en dissimulant; en habilitant et en limitant; en connectant et en séparant*. Simplement, il arrive parfois qu'une personne révèle souhaiter ne pas avoir de visiteurs en après-midi.

Elle se retrouve donc séparée de ses proches, mais en même temps, elle est très *connectée* avec ce qu'elle ressent. La rythmicité, comme les autres thèmes, se vit beaucoup à travers les *paradoxes*. Ce sont deux éléments d'un même thème qui semblent s'opposer mais qui se vivent simultanément. Ils exposent à la fois un renoncement et une potentialité. Un paradoxe qui pourrait s'exprimer pour une personne en fin de vie serait de *refuser* de manger et de s'abstenir du plaisir de goûter afin d'éviter d'avoir de la douleur ou de la nausée. Ainsi, ne pas manger est vu comme une potentialité et un renoncement, qui dans les termes de Parse, représente un exemple de paradoxe. Les infirmières vivent aussi ces paradoxes alors que d'être présent à un patient implique nécessairement de ne pas répondre momentanément aux besoins d'un autre.

La **transcendance** signifie que la personne se projette avec ce qui est possible; en exprimant du pouvoir; en générant de nouvelles façons et en transformant ce qui est familier. Ce n'est pas parce qu'elle est malade et en fin de vie qu'elle n'a plus le potentiel de rêver, d'espérer et d'avoir des projets.



Pour l'infirmière en soins palliatifs, l'accompagnement des personnes en fin de vie peut signifier les soutenir dans la réalisation de petits et de grands projets. L'exemple suivant est révélateur.

Un jour, une demande est adressée à un patient résidant à la Maison depuis deux jours, sur la façon dont il souhaite que se passent ses soins d'hygiène. Il répond qu'il souhaite, comme à l'habitude, procéder d'une manière autonome à une toilette au lit. Une proposition d'aller au bain lui est faite.

Spontanément, il répond que c'est impossible parce qu'il a un drain et qu'il ne peut l'immerger dans l'eau. Une explication lui est donnée qu'il est

possible de le faire, en prenant toutefois certaines précautions. Il accepte. Une fois dans le bain, pendant qu'il se détend, il regarde la bénévoles et l'infirmière et dit : « Savez-vous que ça faisait quatre mois que je n'avais pas trempé dans un bain? Quel bonheur! ». Par la suite, il est allé au bain presque chaque jour jusqu'à son décès et soulignait chaque fois le bien-être que cela lui procurait.

Ce monsieur a exprimé du pouvoir en acceptant la nouvelle manière de procéder à ses soins d'hygiène. Il y a eu transformation du *familier* pour générer des nouveaux possibles et une nouvelle manière de



### ***Vivre l'Humaindevenant au quotidien***

En termes d'interventions concrètes, vivre l'*Humaindevenant* peut signifier de questionner la personne malade et ses proches sur leur plan ou leur vision de la journée qui débute. « *Comment vous voyez votre journée aujourd'hui?* » ou encore « *Qu'est-ce qui serait important pour vous?* » sont quelques exemples de questions qui peuvent être utilisées pour considérer cette portion dans l'organisation du plan de travail. Il n'est toutefois pas obligatoire de poser des questions précises. Ce qui est important, c'est que l'infirmière soit intéressée et disposée à connaître ce qui est prioritaire pour la personne, de moment en moment. Elle doit considérer les perspectives des malades et de leurs

proches, tout en demeurant à l'écoute de ce qui se passe en elle. L'infirmière a d'ailleurs avantage à profiter de chacune des occasions d'échanges qui lui est offerte pour connaître davantage ses préférences et les composantes de sa personnalité. L'obtention de ces précisions et connaissances est en fait garante de la qualité des services qu'elle offre aux personnes malades vivant à la Maison.

Au cours des soins physiques, l'infirmière passe beaucoup de temps auprès des personnes malades et de leurs proches. En fait, cette présence assidue

permet également de saisir le sens de certains propos, et surtout de s'intéresser à leur symbolique. Au cours des activités soignantes, les patients peuvent poser des questions à l'infir-

mière ou encore échanger sur des aspects qui les préoccupent ou les intéressent. Les occasions de partage peuvent également être créées par les intervenants à partir notamment des murales, des images et des photos déposées dans la chambre. Pour les infirmières, ces dialogues et ces objets sont riches en contenu. En effet, beaucoup de patients quittent leur maison pour venir passer leurs derniers moments dans la Maison. Les objets qu'ils peuvent apporter sont limités et possèdent très souvent une valeur bien particulière. Ils révèlent alors ce qui est important pour eux et revêt du sens. Les informations ainsi partagées et obtenues permettent à l'infirmière d'offrir des soins plus personnalisés et de mieux cibler ses interventions.

En effet, les infirmières savent que les personnes malades vivent d'une manière unique, à leur façon, les derniers jours de leur vie. Certaines partageront ce qu'elles ont réalisé au cours de leur existence, leurs sources de réconfort et de bien-être, le sens de leur fin de vie et de l'héritage qu'elles lèguent à leurs proches et à leurs petits enfants. D'autres choisiront de ne révéler que peu de choses sur leur vie. Ce que les infirmières constatent néanmoins, c'est que l'expérience passée de ces personnes continue de faire du sens dans le présent et dans l'avenir.

L'important est d'accompagner chaque personne en tenant compte de son propre rythme, de ses habiletés et de ses limites. Œuvrer en soins palliatifs signifie également accompagner quelqu'un qui,



Le jardin de mémoire et le sentier de la reconnaissance  
PHOTO : Henri Dupond

### *La Maison Michel-Sarrazin*

La Maison Michel Sarrazin est un centre hospitalier privé de soins palliatifs à but non lucratif de quinze chambres, destiné aux adultes en phase terminale d'un cancer et à leurs proches. Elle a été fondée en 1985 et accueille chaque année environ 200 personnes provenant généralement de la région de Québec. Elle comprend, de plus, un centre de jour qui accueille hebdomadairement une cinquantaine de personnes atteintes d'un cancer récidivant ou métastatique. Elle englobe également un centre de formation, une Fondation, et est associée à une équipe de recherche, l'Équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs (ERMOS). On y publie également les *Cahiers francophones de soins palliatifs*. Étant la première du genre au Canada, la Maison Michel-Sarrazin a inspiré la création de nombreux établissements de soins palliatifs similaires, de même que des unités de soins spécialement dédiés à la clientèle en fin de vie. Les lieux, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sont particulièrement bien entretenus. Le jardin de mémoire et le sentier de la reconnaissance sont, notamment, magnifiques et propices au recueillement.

En fait, la Maison est dotée d'une atmosphère calme, sereine et familiale. Les proches des personnes malades y sont en effet très présents. Certains d'entre eux demeurent auprès du malade pendant toute la durée du séjour et l'accompagnent jusqu'à son décès. Plusieurs dispositions sont prises pour favoriser leur confort et leur bien-être. Un lit d'appoint leur est réservé dans chacune des chambres et ils peuvent bénéficier des services de la salle à manger des familles\*.

\* Ces services ne sont toutefois pas offerts gratuitement pour les proches.

malgré lui, perd ses forces et son autonomie (Lavoie, Blondeau, & Picard-Morin, 2011). L'infirmière ne doit pas oublier l'importance et la valeur de ces étapes dans l'expérience de maladie et de la fin de vie de la personne. Par exemple, le passage d'un mode de déplacement autonome au recours à une aide partielle et complète à la marche revêt une signification majeure pour une personne en fin de vie. L'acceptation ne suit d'ailleurs pas un processus linéaire. Elle implique un apprivoisement de sa condition et l'envisagement d'une série de possibilités sur l'évolution de ses capacités. L'infirmière participe activement à ce processus graduel et accompagne la personne malade et ses proches dans les démarches, tentatives, essais, et souvent réussites.

Par ailleurs, ce que les personnes malades et leurs proches révèlent au cours de leur séjour à la Maison et les liens qu'ils tissent au fil des jours permettent de continuer à respecter leur caractère unique et à honorer leurs préférences lorsque la communication devient plus difficile. À ce sujet, une autre situation a été marquante.

Une dame malade somnolait beaucoup alors que la chambre était pleine de visiteurs. Les gens parlaient fort et il était à craindre que ce soit incommodant pour la dame. Sa fille a indiqué que chez-elle, la maison était toujours pleine de gens : « Un vrai moulin ! ». La mère appréciait la compagnie et souhaitait que les gens bougent autour d'elle. Cette situation a permis de comprendre la manière dont elle devait être respectée, c'est-à-dire en harmonie avec son vécu et sa manière d'être en relation avec autrui.

Le rôle de l'infirmière s'étend également à l'accompagnement et au soutien des proches d'une personne en fin de vie en reconnaissant et en respectant la valeur des derniers moments vécus auprès de cette dernière. Ainsi, les souvenirs accumulés et le temps unique et de qualité passé auprès d'un parent ou d'un ami sont particulièrement signifiants. Par exemple, des photos, des dessins, des enregistrements, des sculptures moulées à partir de deux, trois ou plusieurs mains entrecroisées permettent aux proches de faire durer la relation avec la personne chère, bien au-delà des véritables derniers instants.

Par ailleurs, leur implication auprès de la personne malade varie selon leur volonté et leur capacité. Certains voudront participer activement aux soins

physiques, alors que d'autres préféreront assurer une présence lors des activités ou sorties à l'extérieur. Bref, chacun est respecté dans sa vision de l'accompagnement de son proche malade. Les intervenants sont conscients que cet accompagnement constitue une source de sens et facilite le processus de deuil; leur rôle est alors crucial. Ils doivent offrir un soutien aux aidants et aux proches, pour les guider et répondre à leurs interrogations.

❖  
***L'engagement envers les patients  
en fin de vie comme source  
de sens pour les intervenants***

L'intérêt que la Maison Michel-Sarrazin porte envers ses résidents et les personnes en fin de vie se perçoit également dans le souci et l'attention destinés envers le personnel. Selon le directeur général, Dr Michel L'Heureux, « La dignité implique que chaque bénévole et employé est considéré comme un être humain, unique et en devenir, pour qui son travail et son engagement à la MMS peut être une source de sens dans sa vie » (2013, p.3). Tous sont fortement mobilisés à la mission de l'organisation et s'engagent quotidiennement à faire la différence pour les personnes malades. Ainsi, ils réalisent au quotidien de *petites actions merveilleuses* pour améliorer le confort, le bien-être des patients et faire en sorte qu'ils se sentent chez eux. Bien plus qu'un milieu de soin, la Maison est surtout un milieu de vie, autant pour les malades que pour les proches et les intervenants. Cette cohésion et cet esprit de communauté permettent des échanges et des regards complices entre les individus, qui agrémentent le travail quotidien. Par exemple, l'attention que le cuisinier porte à rendre un plat attrayant afin que la personne profite pleinement du plaisir de manger, représente une de ces actions concertées.

❖  
***Conclusion***

Travailler au bien-être des personnes en fin de vie et de leurs proches donne à tous une fierté et un sentiment d'accomplissement et contribue également à donner un sens profond à l'engagement personnel.

Le travail n'est pas facile mais le bonheur et le sentiment de plénitude émergent parfois lorsque des événements riches de sens et d'affection pour les malades se produisent. Par exemple, voir un enfant près de son grand-papa qui le regarde affectueusement, représente un moment heureux parmi les

nombreux moments marquants. Bref, côtoyer des personnes malades en fin de vie et leurs proches signifie être témoin de bien des souffrances, mais implique également l'observation de situations profondes et nourrissantes sur le plan existentiel. Toutes ces rencontres enrichissent le parcours de vie des intervenants et leur laissent aussi des souvenirs bien précieux.

#### NOTE

1 L'appellation *Soins globaux* désigne un système dans lequel l'ensemble des soins requis par les malades est donné exclusivement par des infirmières.

#### RÉFÉRENCES

Lavoie, M. (2008). La contribution de la théorie de l'humain en devenir au développement des soins palliatifs. *Les cahiers francophones de soins palliatifs*, 8(2), 9-17.

Lavoie, M., Blondeau, D., & Martineau, I. (2013). Improving palliative care practice through respect of autonomy with the integration of a person-centered approach. *Palliative and Supportive Care*, 1-12.

Lavoie, M., Blondeau, D., & Picard-Morin, J. (2011). The autonomy experience of patients in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 13(1), 47-53.

Lavoie, M., Dussault, A., Proux, J., & Tapp, D. (2012). Implantation d'une approche collaborative centrée sur la personne : perspectives cliniques. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 12(2), 65-80.

L'Heureux, M. (2013). Chronique éditoriale : Nos valeurs. *Le Lien*, 19(3), 2-3.

Martineau, I., & Bergeron, C. (2011). Soins infirmiers en fin de vie : les soins globaux comme moteur de sens. *Cahiers francophones de soins palliatifs*, 11(2), 56-63.

Parse, R. R. (1996). Reality: a seamless symphony of becoming. *Nursing Science Quarterly*, 9(4), 181-184.

Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir - Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie* (F. Major, Trad.). Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.

Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 308-311.

Pepin, J., & Cara, C. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques*, 9(2), 33-46.

Tapp, D., & Lavoie, M. (2013). L'Humaindevenant en action : de la théorie vers la pratique. Dans V. Chagnon, C. Dallaire, C. Espinasse & É. Heurgon (Éds.), *Prendre soin : savoirs, pratiques, nouvelles perspectives* (pp. 291-301). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic end*. New York : Norton & Company.

Pour en savoir davantage :

[www.michel.sarrazin.ca](http://www.michel.sarrazin.ca)

<http://www.michel-sarrazin.ca/maison/apercu/documents/MemoireMichel-SarrazinMourirdigniteweb.pdf>

**Jeanne Fortin-Villeneuve**, inf. BSc., est conseillère clinique à la Maison Michel-Sarrazin. Avant d'œuvrer en soins palliatifs, elle a cumulé une riche expérience dans le domaine de la santé mentale. Elle a participé à un grand nombre de projets cliniques et de formation. Elle a entre autres élaboré et animé des groupes psychoéducatifs et thérapeutiques à l'attention des personnes atteintes de problèmes de santé mentale, des formations en ligne traitant de l'évaluation et de l'intervention en soins palliatifs et du protocole de détresse, de même que sur la philosophie de l'*Humaindevenant*. Elle est également responsable de l'accueil et l'orientation des nouvelles infirmières et stagiaires ainsi que du soutien clinique auprès des infirmières œuvrant à la Maison.

Contact: Jeanne Fortin-Villeneuve  
Maison Michel Sarrazin - 2101 chemin St-Louis, Québec (Québec) G1T 1P5  
418 688-0878, poste 232 - jfvilleneuve@michel-sarrazin.ca

**Diane Tapp**, inf. PhD(c) est étudiante au doctorat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle exerce également sa profession dans un département de soins palliatifs du CHU de Québec (pavillon de l'Hôtel-Dieu). Elle fait partie à titre d'étudiante-chercheuse de l'équipe de recherche Michel-Sarrazin en oncologie psychosociale et soins palliatifs (ERMOS). Ses travaux de recherche portent actuellement sur la pratique clinique inspirée par l'*Humaindevenant*, notamment à la Maison Michel-Sarrazin.

Contact: Diane Tapp  
Centre de recherche du CHU de Québec, pavillon Hôtel-Dieu  
9 rue McMahon, bureau 1899-8, Québec (Québec) G1R 2J6  
418-525-4444, poste 20961 - diane.tapp.1@ulaval.ca

# *SKYPE : un moyen innovateur de réduire l'isolement des personnes âgées vivant en institution*

*Claire Babin, inf. B.Sc., M.B.A., et Lorraine Lafrance, inf., B.A.*

---

**A** fin de réduire l'isolement social et émotionnel de ses résidents, l'Hôpital Sainte-Anne<sup>1</sup> a voulu mettre en place les technologies nécessaires afin que les résidents puissent rencontrer virtuellement leurs proches, par le biais de visioconférences. C'est ainsi que depuis l'automne 2011, ils peuvent «*Skype*» avec leurs proches. Ce logiciel est facile d'accès, gratuit, et possède de nombreuses fonctionnalités. En outre, il est multilingue et permet l'échange de données électroniques personnelles telles que des fichiers audio, vidéo, des photos numériques, des cartes virtuelles, etc. Ainsi, les séances de visioconférences consistent en des échanges riches et adaptés aux besoins et attentes personnels du moment.

Cette pratique est originale en ce qu'elle se fonde sur l'utilisation des technologies les plus modernes permettant la communication malgré l'âge avancé des résidents et, dans certains cas, de leurs interlocuteurs. Elle a d'ailleurs été élevée au rang de pratique exemplaire par Agrément Canada. Nous souhaitons la faire connaître afin d'inciter d'autres milieux à suivre nos pas.



## *Un réponse à plusieurs besoins*

Au départ, cette pratique a été implantée dans le but d'enrichir la qualité de vie des résidents et de leurs proches. L'isolement social des personnes âgées est un phénomène constaté quotidiennement, bien connu et documenté dans la littérature scientifique. Les pertes de facultés liées au vieillissement, l'éloignement géographique des proches, la mobilité déclinante et les limites inhérentes aux outils de communication actuels tel que le téléphone, assorti de frais interurbains et qui ne retransmet que la voix, sont autant de facteurs aggravant l'isolement. La pratique distinctive permet de pallier ces difficultés en rétablissant une interaction humaine multisensorielle, l'ouïe et la vue, par-delà la distance géographique.

D'autre part, cette pratique a été introduite à titre d'activité de stimulation multisensorielle et de reminiscence favorable au maintien des fonctions cognitives. À cet effet, elle fut conçue pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées souffrant souvent de pertes cognitives et sensorielles et peu familières avec l'utilisation de matériel informatique. À titre d'exemple, les ordinateurs choisis sont dotés d'un grand écran et un casque d'écoute est fourni pour limiter les interférences d'éléments perturbateurs dans la conversation du résident. De plus, le recours à des ordinateurs portables et à des cartes réseau sans fil fait que les séances peuvent avoir lieu dans l'endroit que le résident préfère, au moment choisi. Par ailleurs, le personnel hospitalier, ou encore des bénévoles, encadrent et aident ceux qui en ressentent le besoin, en plus d'offrir du soutien aux familles, si nécessaire.



## *Impact*

La vidéoconférence et l'usage d'Internet sont reconnus comme des stratégies efficaces pour réduire l'isolement social des personnes âgées (Findlay, 2003, p. 654). En outre, cet auteur recense des études ayant démontré des liens entre l'isolement social des personnes âgées et le taux de mortalité et de morbidité, l'hypertension, la dépression, le suicide et les déficits cognitifs. Les séances de vidéoconférence s'offrent donc autant comme des moments de plaisir bénéfique au sentiment de bien-être qu'à titre d'activité favorable à la santé.

Cette expérience confirme que les visioconférences ont des bénéfices psychosociaux positifs. Premièrement, les utilisateurs peuvent renouer des liens familiaux et sociaux auparavant distendus et les entretenir plus régulièrement. Nous pouvons constater que *Skype* rend les contacts à distance plus attrayants que les moyens de communication traditionnels tels que le téléphone. En bref, *Skype* est vraiment efficace pour réduire l'isolement social des résidents.

Ensuite, nous constatons que les séances de «skyping» ont un impact positif sur l'humeur des utilisateurs. Avant les séances, les résidents sont manifestement contents de savoir qu'ils vont communiquer avec leurs proches. Après les séances, ils sourient et parlent positivement de leur expérience. On dénote un regain de joie de vivre et d'ouverture sur les rapports humains.

Par ailleurs, nous constatons que les séances ont des bénéfices indiscutables, notamment une sollicitation des sens et de la mémoire, et un recul de l'agitation et des comportements négatifs chez les résidents atteints de déficits cognitifs. Cette pratique s'avère donc une manière simple, peu onéreuse et agréable d'introduire des activités de stimulation dans le quotidien des résidents.



### **Historique du projet**

En suivant une démarche visant la qualité, il a d'abord été proposé d'implanter, en septembre 2011, un projet pilote auprès de huit résidents (âge moyen de 89 ans) et de quinze interlocuteurs externes unis par des liens de parenté variés (petits-enfants, enfants, cousins, etc.) et disséminés sur trois continents différents (Amérique du Nord, Europe et Asie). Cette évaluation préalable a permis de préciser les besoins et les attentes des résidents ainsi que de leurs familles, liés à l'utilisation de nouvelles technologies, de même que les enjeux touchant la confidentialité et l'intimité dont nous devons impérativement tenir compte.

L'intérêt et la satisfaction de ces premiers utilisateurs ont été évalués à l'aide d'un sondage. Les résultats ont démontré qu'ils étaient tous satisfaits (100 %) du nouveau moyen de communication, qu'ils le recommandaient et qu'il était jugé efficace pour diminuer l'isolement social. Par ailleurs, tous les utilisateurs étaient satisfaits de la qualité du contact virtuel. En dépit de problèmes techniques occasionnels, liés entre autres à l'accès au réseau internet et à la qualité audio-vidéo des séances, le niveau de satisfaction face à la technologie a été établi à 92 %.

Sur la base des données probantes ainsi obtenues, il a été recommandé d'implanter la pratique à l'Hôpital Sainte-Anne. Ces résultats, doublés de la connaissance des besoins, attentes, défis et enjeux entourant cette pratique, ont aisément permis de rallier un partenaire financier au projet. La Fondation

de l'Hôpital Sainte-Anne a en effet consenti à financer l'achat de cinq ordinateurs portables supplémentaires, soit un poste pour deux unités de soins.

C'est ainsi que la possibilité de «skyper» est à la disposition des tous les résidents depuis 2012. Cette opportunité s'inscrit dans l'approche de stimulation multisensorielle que l'établissement valorise depuis 2002 comme alternative aux traitements pharmacologiques et physiques plus traditionnellement utilisés.



### **Conclusion**

Notre établissement est très fier que les séances de «skyping» fassent maintenant partie intégrante de son offre de soins et services. Il s'agit d'une pratique intéressante que tous les centres de soins de longue durée devraient implanter afin de réduire l'isolement social et émotionnel de leurs résidents, et ainsi multiplier les occasions de simulation multisensorielle. L'enthousiasme que manifesteront le personnel, les résidents et les proches favorisera assurément une implantation rapide et efficace de cette nouvelle pratique.

### **NOTE**

1 Niché au cœur d'un vaste domaine paysagé à une demi-heure de Montréal, l'Hôpital Sainte-Anne offre à sa clientèle d'anciens combattants un environnement exceptionnel, entièrement conçu pour favoriser un niveau de soins optimal et la meilleure qualité de vie qui soit.

À l'Hôpital Sainte-Anne, tout est mis en œuvre pour que l'ancien combattant se sente comme chez lui. Sa famille est reconnue comme un partenaire et reçoit soutien et accompagnement.

À l'intérieur de ses trois programmes (gériatrie, géronto-psychiatrie et psychogériatrie), l'approche est centrée sur les besoins globaux et le respect des volontés de l'ancien combattant.

### **REMERCIEMENTS**

Les auteurs aimeraient remercier les autres membres de l'équipe du projet : Caroline Poulin, Johanne Isabelle et Carl Dumouchel.

### **RÉFÉRENCE**

FINLEY, Robyn. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: Where is the evidence? *Ageing & Society*, 23, 647-658.

**Claire Babin** est directrice adjointe en soins infirmiers.

**Lorraine LaFrance** est conseillère clinique en milieu de vie et de soins.

## Vidéo *Le papillon blanc danse* La danse pour aider l'âme à s'envoler

---

Deux jeunes danseuses, **Priscilla Simard** et **Marie-Noëlle Goy** ont réalisé, à la *Résidence La Champenoise*<sup>1</sup>, un petit vidéo de 7,23 minutes intitulé *Le papillon blanc danse*. Dans cette improvisation et dans un esprit d'accompagnement, elles font des mouvements de danse auprès d'une clientèle en perte d'autonomie physique et cognitive. Elles le font pour faire vibrer l'âme qui selon elles, peut danser même si le corps ne bouge pas. Le mouvement résonne alors dans tout le corps et aide l'âme à s'envoler.

Dans la danse, l'improvisation et la fantaisie sont possibles. Il est alors étonnant de voir la réponse charmée des résidentes qui suivent des yeux et s'associent aux mouvements des danseuses. Les familles sont aussi interpellées et sont heureuses de voir leur proche sourire et esquisser des gestes.

### NOTE

1 Située dans le quartier Saint-Sacrement de la ville de Québec, *La Champenoise* est un milieu de vie dynamique dans un cadre enchanteur et serein. Cette résidence pour gens autonomes existe depuis 1969 et offre des logements, des services de santé et des services sociaux à une clientèle âgée à faible et moyen revenu. Site Web : <http://www.lachampenoise.qc.ca/>

Pour plus d'informations : [lepapillonblancdanse@gmail.com](mailto:lepapillonblancdanse@gmail.com)

Visionnez la vidéo sur la page facebook : [www.facebook.com/lepapillonblancdanse](http://www.facebook.com/lepapillonblancdanse),

ou encore sur YouTube : <http://www.youtube.com/watch?v=xRRIZoYXEds>

---



**NOTRE PROFESSION  
SE TRANSFORME,  
FAITES-EN AUTANT!**

**CHARLAND + GAMACHE**  
SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.

**FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS  
D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES** 

**FORMATIONS OFFERTES**

- Examen physique général ou spécifique à un système tel musculo-squelettique, cardio-vasculaire, respiratoire, gynécologique ou autre adapté à tout type de clientèle
- Prévention et gestion des chutes et évaluation clinique post chute
- MPOC : Connaissances essentielles et prise en charge
- Le soin à la personne âgée et les déficits cognitifs : un défi quotidien
- Plaie de pression : connaissances essentielles et sa prise en charge

CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT  
POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES! 

**T 1-855-806-2089**      **CHARLANDGAMACHE.COM**

# Les Alcooliques Anonymes : plus jamais seul(e)

Marie-Reine, membre du Mouvement des Alcooliques Anonymes

---

**L**e Mouvement des Alcooliques Anonymes (AA) existe depuis de nombreuses années et a permis à plusieurs personnes ayant des problèmes avec leur consommation d'alcool de se rétablir et même de trouver un mode de vie qui, non seulement les a sauvées, mais leur a bien souvent procuré une existence plus riche. Tous, jeunes ou plus âgés, peuvent être touchés par ce problème : l'alcool peut créer des ravages chez des personnes de différents milieux, peu importe l'âge. Qu'est-ce que l'alcoolisme? Comment se développe-t-il chez les personnes? C'est ce que nous verrons dans les lignes suivantes.

« Mon prénom est Pierre D., je suis un alcoolique en voie de rétablissement juste pour aujourd'hui. » C'est par son

prénom qu'un membre des Alcooliques Anonymes se présente lors des réunions en omettant son nom de famille, par respect pour l'esprit du mouvement qui repose entièrement sur le principe de l'anonymat. Ce postulat rassure les membres et surtout assure le nouveau que son appartenance au groupe ne sera pas divulguée. L'anonymat établit l'égalité entre les membres et évite la recherche du prestige personnel et de la notoriété. L'anonymat est la base spirituelle du mouvement.

Peu importe l'âge, plus jeune ou plus âgé, la provenance d'un milieu aisé ou modeste, le programme en douze étapes des Alcooliques Anonymes constitue un moyen de demeurer abstinente. « *J'avais 65 ans quand je suis arrivée aux Alcooliques Anonymes, confie Doris. J'étais donc pas mal plus âgée que la plupart des membres quand j'ai décidé de devenir abstinente, sinon j'aurais terminé ma vie comme mère et grand-mère ivre.* » Plusieurs membres des Alcooliques Anonymes ont pu construire une vie plus satisfaisante et remplie que ce qu'ils avaient cru possible. En outre, de solides amitiés se sont créées. Ce qui fait dire par plusieurs que, grâce au Mouvement des Alcooliques Anonymes, ils ne sont plus jamais seuls.

**L'anonymat est la base spirituelle du mouvement.**



## Le Mouvement des Alcooliques Anonymes

Fondé en 1935, le Mouvement des Alcooliques Anonymes est une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres personnes alcooliques à se rétablir. Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour devenir membre. Le mouvement ne demande ni cotisation, ni droit d'entrée; il est financé par les contributions volontaires en accord avec la septième tradition faisant partie des douze traditions permettant le bon fonctionnement des groupes.

Tous les groupes devraient subvenir entièrement à leurs besoins et refuser les contributions de l'extérieur.

Les Alcooliques Anonymes ne sont associés à aucune secte, confession religieuse ou politique, et à aucun organisme ou établissement. Le mouvement ne désire s'engager dans aucune controverse, n'endosse et ne conteste aucune cause. Le but premier du mouvement est d'aider quelqu'un à demeurer abstinente et à soutenir d'autres personnes alcooliques qui veulent le devenir.



## L'alcoolisme, une maladie

Le mot alcoolique peut déranger. Pour beaucoup, il est synonyme de déchéance sociale. Or l'alcoolisme est un problème de santé, reconnu comme tel par la *American Medical Association* et la *British Medical Association*.

L'aspect le plus insidieux de la maladie de l'alcoolisme réside dans l'habileté de la personne à refuser de reconnaître qu'elle en est atteinte. Comment, d'ailleurs, peut-elle identifier qu'elle est alcoolique? En fait, la question n'est pas de savoir quand elle boit, si elle boit seule, la quantité qu'elle

consomme de même que la raison pour laquelle elle boit. Comme il est dit dans la littérature des Alcooliques Anonymes, la véritable mesure de l'alcoolisme se trouve dans la réponse aux questions quant à savoir comment la consommation affecte la famille, le foyer, le travail ou les études, la vie sociale, le bien-être physique, les émotions profondes.

La consommation d'alcool peut être tout à fait normale au début. Certains alcooliques ont commencé par être des buveurs sociaux capables de boire une grande quantité d'alcool sans jamais ressentir d'effets secondaires. D'autres peuvent ressentir dès le début les symptômes évidents de l'alcoolisme.

Il est reconnu que l'alcoolisme est une maladie progressive. La consommation d'alcool devient toujours de plus en plus incontrôlable. Tenter de la contenir peut devenir une préoccupation de tous les instants. Il est cependant possible d'arrêter de boire à tout moment simplement en demandant de l'aide et en acceptant de faire face à son problème. Depuis le tout début, plusieurs médecins dont le Dr. Bob, l'un des deux fondateurs, ont collaboré avec le Mouvement. En 1951, *L'American Public Health Association*, sur la recommandation de 12 000 médecins, décernait le trophée «Lasker»<sup>1</sup> aux Alcooliques Anonymes, «en reconnaissance de leur méthode, unique et efficace, à l'égard d'un problème vieux comme le monde, un problème social et médical : l'alcoolisme».

❖  
***L'Alcoolisme chez  
les personnes âgées***

Selon la Conférence des Services généraux (2003), les personnes touchées par l'alcool ont une chose en commun : elles ont toutes été affectées par un problème d'alcool vers l'âge de 60 ans. L'alcoolisme se présente sous différentes formes et emprunte divers aspects.

On sait que plusieurs crises accompagnent l'étape du vieillissement et presque toutes comprennent une perte quelconque : enfants en âge de quitter le foyer, prise de retraite, décès du conjoint,

santé physique déficiente. Souvent, ces pertes changent des habitudes bien ancrées. Pour d'autres, le début de l'alcoolisme peut faire suite à une grave crise, une perte dévastatrice. Et pourtant, il n'est jamais trop tard pour l'alcoolique plus âgé de faire face au problème.

❖  
***Heureux  
sans consommer***

Cependant, cesser de boire n'est pas tout, encore faut-il être heureux sans consommer! Les Alcooliques Anonymes proposent un programme en douze étapes qui constitue un mode de vie axé vers une plus grande spiritualité qui reconnaît à chacun sa conception personnelle d'une puissance supérieure. Ce mode de vie peut se résumer en quelques mots : l'aveu d'impuissance et la capitulation par rapport à l'alcool, la reconnaissance d'une puissance supérieure, un inventaire moral et la réparation de ses torts, une forme de prière et de méditation et l'aide à d'autres alcooliques.

Pour Jean D., le chemin vers la sobriété est aussi celui de la réparation. Il témoigne : « *Cette réparation auprès de ceux que j'ai offensés et de ceux à qui j'ai fait du tort évite de rester dans un état de culpabilité malsaine. Elle permet de tourner la page et de recommencer à neuf.* » Chez les Alcooliques Anonymes, la sobriété signifie l'absence totale de consommation d'alcool. Comme l'alcool constitue un poison pour l'alcoolique, le seul antidote est de s'abstenir de prendre son premier verre. Un seul verre constitue en effet le déclencheur d'une soif insatiable que seul un alcoolique peut éprouver. Marie, qui a vécu une trentaine d'années sans boire, confirme : « *Je suis immensément reconnaissante au Mouvement des Alcooliques Anonymes qui m'a sauvé la vie.* »

❖  
***Plus de 2000000 de membres  
à travers le monde***

Le Mouvement des Alcooliques Anonymes est né en 1935 à Akron aux États-Unis grâce à la rencontre de Bill et de Bob, les fondateurs. On compte plus de

2 000 000 de membres et près de 117 000 groupes dans 180 pays.

Au Québec, le mouvement est très actif : on y compte de 1 550 à 2 000 groupes.

Seulement à Montréal, environ 750 réunions par semaine, listées dans le Répertoire des réunions, se vivent en français, en anglais et en espagnol. Dans la région du Sud-Ouest seulement, il y a quatorze comités dont la mission est de joindre et d'aider le plus grand nombre d'alcooliques.

Certaines réunions des Alcooliques Anonymes sont ouvertes au public et d'autres sont réservées aux membres. Aux réunions ouvertes, un membre partage son expérience avec l'alcool et son rétablissement grâce au mouvement. Dans toutes les réunions, les membres partagent leur expérience de rétablissement et offrent leur parrainage. Enfin, le programme de rétablissement en douze étapes des Alcooliques Anonymes offre la possibilité d'une vie satisfaisante en étant libéré, un jour à la fois, de l'obsession de l'alcool.

Les Alcooliques Anonymes pour l'alcoolique plus âgé : il n'est jamais trop tard!

Pour joindre l'aide téléphonique : 514-376-9230

#### NOTES

1 Albert Lasker est le créateur de la Fondation Lasker, une fondation américaine pour la promotion de la recherche médicale clinique et fondamentale qui décerne chaque année depuis 1946 les prestigieux Prix Albert Lasker pour la recherche médicale, considérés comme les anti-chambres du Prix Nobel de physiologie ou médecine.

2 La province est divisée en quatre sections : région 87, Sud-Ouest; région 88, Sud-Est; région 89, Nord-Est; région 90, Nord-Ouest du pays.

#### RÉFÉRENCE

Conférence des Services généraux. (2003). *Les AA pour l'alcoolique plus âgé : il n'est jamais trop tard.*

#### POUR EN SAVOIR DAVANTAGE SUR L'ORGANISATION

Site web de AA - Québec :  
[http://aa-quebec.org/AA\\_Quebec/Templates/index.htm](http://aa-quebec.org/AA_Quebec/Templates/index.htm)

Pour les professionnels de la santé :  
[http://aa87.org/cmp/accueil\\_fr.php](http://aa87.org/cmp/accueil_fr.php)

Il se donne aussi de l'information dans les CHSLD et dans les CLSC  
[http://aa87.org/information-publique/accueil\\_fr.php](http://aa87.org/information-publique/accueil_fr.php)

## Soigner les personnes âgées en CHSLD

Une de nos membres, madame **Charlène Joyal**, conseillère clinicienne en soins infirmiers au Jeffery Hale - Saint Brigid's, Québec, a publié le 30 septembre dernier, sur le site Web de l'OIIQ dans le *Chronique Jeunesse*, un article intitulé *Soigner les personnes âgées en CHSLD*. C'est un très beau témoignage d'une jeune infirmière qui représente bien, de façon dynamique et réfléchie, la relève infirmière en géro-nto-gériatrie! Cette chronique aura assurément un effet stimulant et valorisant pour toutes les infirmières travaillant en CHSLD.

Madame Joyal souligne que « les soins et services en centre d'hébergement ont souvent mauvaise presse pour diverses raisons : évaluation déficiente des besoins de soins, utilisation inappropriée des mesures de contrôle, manque d'effectif pour assurer les soins de base ou difficulté dans l'évaluation et la prise en charge d'un résident en situation d'urgence, par exemple lors d'une chute ».

Les soins aux personnes âgées ne sont pas très valorisés en général et pourtant, ils requièrent du leadership et de grandes compétences cliniques. La pratique est souvent très méconnue, voire même banalisée.

Selon madame Joyal, « les centres d'hébergement constituent des lieux de pratique privilégiés où l'infirmière peut jouer pleinement son rôle : évaluer la condition physique et mentale, déterminer le plan de traitement, faire la gestion des médicaments, donner des soins, coordonner les activités de soins et assurer le contrôle de la qualité ».

L'AQIIG entérine entièrement cette prise de position et se joint à tous pour la féliciter de sa déclaration.

Lien pour accéder à l'article de madame Joyal:

<http://infoiiq.org/chronique-jeunesse/soigner-les-personnes-agees-en-chsld>



# J'ai lu

---

## Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie - 2<sup>e</sup> édition

---

par Julie Leroux, B. Sc. Inf.

En 2006, Philippe Voyer et ses collaborateurs ont publié «*Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: une approche adaptée aux CHSLD*»<sup>1</sup>. Cet ouvrage, qui a reçu le premier prix de la ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec (2006-2007), était principalement consacré aux soins infirmiers dispensés à la personne âgée vivant en CHSLD. Cette année, les auteurs publient une deuxième édition qui s'adresse aux intervenants qui prodiguent des soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie dans différents milieux (hôpitaux, CHSLD, CLSC).

Pas moins de 65 auteurs, de toutes disciplines, collaborent à ce livre qui est divisé en six parties comprenant 47 chapitres. Ces divers professionnels donnent une facture très multidisciplinaire à l'ensemble et touchent tous les sujets concernant le vieillissement, le travail en interdisciplinarité étant fondamental au bien-être de la personne âgée.

Tout comme la première édition, ce manuel est un outil pédagogique incontournable pour les établissements d'enseignement. Chaque chapitre se termine par un résumé et une étude de cas fictive. De nombreuses questions permettent au lecteur de vérifier sa compréhension, de développer son jugement clinique et d'élaborer des plans thérapeutiques infirmiers (PTI)<sup>2</sup>. Un code d'accès permet également de consulter en ligne, via un Compagnon web, des formulaires cliniques, des grilles d'évaluation ainsi que des capsules vidéo permettant d'approfondir certaines notions en lien avec la pratique clinique auprès de cette clientèle.

La présentation esthétique rend la lecture agréable et facilite le repérage d'informations. Plusieurs tableaux et figures aident à la compréhension et permettent de retenir l'essentiel.

Les trois premiers chapitres présentent très bien les fondements de la pratique infirmière en gériatrie. Qui est la personne âgée? Qu'est-ce qui différencie



Voyer, Philippe (sous la direction de). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 2<sup>e</sup> éd. ERPI, Compétences infirmières, PEARSON, (Édition en ligne).

le vieillissement normal du vieillissement pathologique? Quel est le rôle attendu de l'infirmière qui œuvre dans cette spécialité?

Plusieurs chapitres sont ensuite consacrés aux différents problèmes de santé chroniques et aigus susceptibles de se présenter avec le vieillissement tels que la démence, le parkinson, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le délirium, les infections, la dépression et le suicide. De plus, il est possible d'en apprendre beaucoup sur la prévention du syndrome d'immobilisation qui peut parfois avoir des conséquences désastreuses sur la santé et l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées.

La troisième partie de l'ouvrage présente une multitude de programmes préventifs et thérapeutiques, facilement applicables dans les milieux cliniques et

concernant plusieurs besoins complexes et évolutifs (ex : l'hydratation, la santé buccodentaire, sommeil). Le rôle de l'infirmière auprès de l'ainé est très bien décrit de même que les interventions à privilégier.

Après avoir parcouru la quatrième partie, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence n'auront plus de secrets pour vous! Les auteurs ont pris soin d'aborder les principaux comportements qui constituent une grande source de stress au quotidien pour les soignants, les résidents et leur famille. En plus de fournir de nombreuses pistes d'interventions, ces chapitres aident sans aucun doute l'infirmière à se familiariser davantage avec son rôle dans la gestion de la résistance aux soins, de l'agitation verbale, des comportements agressifs, de l'errance et du syndrome crépusculaire.

La promotion de la qualité de vie dans les différents milieux est l'objet de plusieurs chapitres. La musicothérapie, la zoothérapie, la stimulation cognitive et l'importance d'impliquer les proches aidants y sont abordés. Cependant, Voyer et ses collaborateurs nous font bien comprendre que l'utilisation d'une communication adaptée à la clientèle atteinte de déficits cognitifs est essentielle pour lui assurer un milieu de vie de qualité.

La dernière partie du livre expose les principaux défis qui attendent les infirmières, les gestionnaires et les enseignantes dans les prochaines années: entre autres, les soins en fin de vie, la gestion d'une unité de soins, la planification du changement et la formation en soins infirmiers gériatriques.

En plus de publier un livre de référence qui repose sur des données probantes et à jour, les auteurs ont une fois de plus réussi à mettre à l'avant-plan le rôle de l'infirmière en matière d'évaluation de l'état physique et mentale de l'ainé en perte d'autonomie.

Cet ouvrage de grande qualité illustre à quel point le soin à la personne âgée demeure une spécialité qui demande à l'infirmière de posséder un haut niveau de connaissances pour mettre en place des interventions pertinentes et ainsi, exercer son leadership clinique.

#### NOTES

- 1 Soucy, Olivette. (2007). J'ai lu : Voyer, Philippe. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD. *La Gérontoise*, 18(1), 39
- 2 *Le plan thérapeutique infirmier* (PTI) est un outil de documentation consigné au dossier de chaque client. Il est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique. Il sert à dresser le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du client.

#### RÉFÉRENCE

OIIQ. (2006). *Le plan thérapeutique infirmier : les traces des décisions cliniques de l'infirmière*. Montréal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

## Moins d'infirmières dans les CHSLD : une mise en garde

Lettre d'opinion émise par Philippe Voyer, inf., Ph. D.

Monsieur Voyer émet son opinion sur le débat actuellement en cours soit d'enlever des infirmières des CHSLD et de les remplacer par des Préposés aux bénéficiaires. Ceux-ci, même s'ils sont compétents, ne peuvent prendre en charge l'ensemble des soins. Les milieux de longue durée ont besoin d'infirmières qui sont habilitées à évaluer et à coordonner les soins pour une population vieillissante très lourdement handicapée au plan physique et cognitif.

Les conséquences d'une diminution trop importante du nombre d'infirmières pour prendre soin des résidents (au-delà de 40/60) seraient néfastes. On sait comment les PAB sont importants dans une équipe de soins. D'ailleurs, les études scientifiques sont claires sur le fait que plus il y a de personnel soignant, meilleure est la réponse aux besoins des résidents. Les conclusions des études scientifiques démontrent également que la composition des équipes soignantes la plus performante est celle où il y a un nombre adéquat d'infirmières qui leur permet de jouer leur rôle de leader dans l'équipe soignante.

Pour obtenir le texte complet de la lettre d'opinion, consulter le site Web de l'AQIIG [www.aqiig.org](http://www.aqiig.org)

Monsieur Voyer, professeur titulaire, est responsable de la formation continue à l'Université Laval et du volet enseignement au Centre d'excellence sur le vieillissement, Hôpital du Saint-Sacrement, Québec.  
[www.fsi.ulaval.ca/Philippe.voyer](http://www.fsi.ulaval.ca/Philippe.voyer)

Annnonce du guide: **Programmes et services pour les aînés**  
*La porte d'entrée aux services en ligne du gouvernement du Québec!*

Services Québec, un organisme du gouvernement du Québec, vient de lancer cette année deux outils pratiques :

- l'édition 2013-2014 du guide *Programmes et services pour les aînés*;
- le parcours *Perdre son autonomie*.

Le guide *Programmes et services pour les aînés* donne une vue d'ensemble des ressources gouvernementales québécoises offertes aux personnes aînées, notamment en matière de santé, de logement, de maintien à domicile, de revenu et d'impôt. Plus de 60 programmes et services y sont décrits. Le guide présente également la mission et les coordonnées de plusieurs organismes susceptibles d'être utiles aux aînés. Une version électronique est offerte dans le Portail gouvernemental de services, à l'adresse [www.gouv.qc.ca](http://www.gouv.qc.ca), sous la rubrique Services Québec - Citoyens.

Le parcours *Perdre son autonomie* permet d'obtenir, en répondant à quelques questions, une liste personnalisée de démarches à accomplir pour accéder à des programmes et services gouvernementaux. La liste peut ensuite être sauvegardée dans Mon dossier citoyen, un espace en ligne personnalisé et sécurisé. Le tout est accessible dans le Portail gouvernemental de services, à l'adresse [www.gouv.qc.ca](http://www.gouv.qc.ca), sous la rubrique Services Québec - Citoyens.



## COLLOQUE

# Soins et services aux personnes âgées et à leurs proches : une expertise à reconnaître et un avenir à assurer

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie annonce un colloque qui se tiendra le **6 juin 2014** au Centre des congrès et banquets Renaissance, 7550, boul. Henri-Bourassa, Montréal.

Nous soulignerons à cette occasion les 30 ans de l'Association. C'est un rendez-vous.

**Surveillez le site Web de l'AQIIG**

## Pour toute communication avec l'Association

4565, chemin Queen-Mary, Montréal (Québec) H3W 1W5

Tél. : (514) 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)

**www.aqiig.org** - Courriel : info@aqiig.org

---

### Membres du Conseil d'administration 2013-2014

- Francine Lincourt Éthier, présidente  
Directrice des soins infirmiers  
et des programmes à la clientèle - Résidence Angelica  
(514) 324-6110, poste 289  
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Huguette Bleau, vice-présidente  
hbleau@hotmail.ca
- Johanne Dumas, trésorière  
Chargée de projets - IUGM  
(514) 340-2800, poste 3416  
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Olivette Soucy, secrétaire  
Consultante en soins infirmiers gériatriques  
(514) 504-6279  
soucy.olivette@gmail.com
- Maria Crescenzi, administratrice  
Conseillère aux activités cliniques - Contractuelle  
mariacrescenzi@sympatico.ca
- Amélie Gagnon, administratrice  
Conseillère clinique à l'approche adaptée à la  
personne âgée - CSSS Laval  
(450) 668-1010, poste 24482  
agagnon2.csssl@ssss.gouv.qc.ca
- Céline Lagrange, administratrice  
clag02@hotmail.com
- Michelle Bard, membre substitut  
Infirmière clinicienne spécialisée - HMR  
(514) 252-3400, poste 5281  
mbard.hmr@ssss.gouv.qc.ca
- Linda Boisvert, membre substitut  
lindayboisvert@gmail.com
- Johanne Senneville, membre substitut  
Infirmière clinicienne spécialisée - HMR  
(514) 252-3400, poste 5291  
jsenneville.hmr@ssss.gouv.qc.ca
- Linda Thibault, collaboratrice à *La Gérotoise*  
nurseginf@live.ca

---

### Changement d'adresse

Ancienne adresse: \_\_\_\_\_ # membre: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

À compter du: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Nouvelle adresse: \_\_\_\_\_ # membre: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_





Les **démences** :  
des défis infirmiers  
surmontables au quotidien

AOIIC

*Association québécoise des infirmières  
et infirmiers en gérontologie*

Souper-causerie

Région de Québec le **21 novembre 2013**

**Auditorium de l'Hôpital du Sacré-Cœur**  
1, av. du Sacré-Cœur, Québec (Québec) G1N 2W1