

 perspective
infirmière

Printemps 2024
Vol. 21, n°2

L'ABCdaire
du suivi collaboratif
des 0-5 ans

La visioconférence
en CHSLD

Troubles
neurocognitifs:
protéger les artères
pour protéger
le cerveau

ACFA
Voir la personne
et non
le stéréotype
en santé mentale



Jusqu'à 24 829 \$ / année selon la communauté

- En plus de la prime de vie chère, d'éloignement et de CLSC jusqu'à 29 689\$ / année
- Transport et logement meublé fournis
- Jusqu'à 16 semaines de congé / année
- Possibilité de temps partiel occasionnel et temps partagé (4/4, 5/5, 6/6 sem)
- Congé nordique accepté dans un délai de 45 jours
- Accès gratuit au gym à Kuujjuaq
- Une super équipe de 10 conseillers en soins infirmiers pour vous supporter
- Un suivi personnalisé par notre conseillère en dotation DSI

Des questions? Écrivez-nous

recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca

Amoureux des régions? On est fait pour s'entendre!

**Bourses et avantages
financiers disponibles.**

Le CISSS de
l'Abitibi-Témiscamingue

**Une terre
d'opportunités**
pour y **bâtir vos**
rêves

Pour postuler ou
planifier un séjour
exploratoire
sans frais



yolaine_neveu@ssss.gouv.qc.ca



www.cisss-at.gouv.qc.ca/carrieres



Visionnez la vidéo

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue**

Québec



SOMMAIRE

Printemps 2024 - Vol. 21, n° 2

ÉDITORIAL

- 07 — Cultiver la fierté

PORTRAIT

- 12 — Julie Boudreau :
préparer l'avenir de la
profession infirmière

EN BREF

- 09 — Paramédecine: l'expertise
infirmière au bénéfice
de la population

MYTHES ET RÉALITÉS

- 31 — L'ABCdaire du suivi
collaboratif des 0-5 ans
Réponses en page 48

PRATIQUE CLINIQUE

- 16 — Soutenir la résilience chez
les adolescents atteints de
maladie chronique :
une responsabilité infirmière
- 22 — Troubles neurocognitifs :
protéger les artères pour
protéger le cerveau
Nouvelles données probantes et
rôles essentiels de l'infirmière
- 40 — Consolider l'identité
professionnelle des infirmières
et des infirmiers
Sous la perspective de la
pénurie, de la collaboration et
de l'expertise

RECHERCHE

- 32 — La visioconférence en CHSLD
Une stratégie pandémique
gagnante pour briser l'isolement
des personnes âgées atteintes de
troubles neurocognitifs





12

16

ACFA



51

51 — Voir la personne et non le stéréotype en santé mentale

22

32

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINUOrdre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Président — LUC MATHIEU

Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER

Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF

Isabelle Lacroix

RESPONSABLE DE PRODUCTION

Marianne Lapierre

GRAPHISME ET MISE EN PAGE

Catherine Beaupré

RÉVISEURS LINGUISTIQUES

Alexandre Roberge et Annick Loupias

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE

Isabelle Gagné et Luc Girard

pour MissPixels

IMPRIMEUR

SOLISCO

PAGE COUVERTURE

© Stocksy / Heng Yu

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU

Dominique Nadeau, inf., M. Sc.,

Conseillère à la qualité de la pratique

Direction, Développement et soutien

professionnel

COLLABORATEURS

Valérie Allard, B. Sc. inf., M. Sc. (c) – Dr Lise Bélanger, pédiatre – Pascal Bernier, inf., B. Sc., DESS, M. Sc. (c) – Catherine Boulet-Gendron, IPSSA, M. Sc., D.E.S.S. en soins à la clientèle adulte – Jade Brien, inf., B. Sc. inf., D.E.S.S. soins de première ligne – Dr Gilles Brunet, médecin de famille – Laurence Caron, M. Sc. Serv. Soc. – Andrée-Anne Choquette, inf., M. Sc. – Gilles Cossette, IPSPL – Marie-Ève Côté, B. Ens. – Dr Dominique Cousineau, pédiatre – Jacynthe Dufour, IPSPL, CISSS-CA – Alex Fontaine, IPSPL – Christine Genest, inf., Ph. D. – Marie-Soleil Hardy, inf., Ph. D. – Marie-Claude Jacques, inf., Ph. D. – Dr Danièle Lemieux – Didier Mailhot-Bisson, inf., Ph. D. – André Michaud, inf., Ph. D. – Julie Poirier, IPSPL, CISSS-CA – Camille Savoie, inf., Ph. D. – William Tessier, inf., M.S c. – Anne-Marie Tremblay – Marie-Philippe Tremblay, inf., B. Sc. inf., M. Sc. (santé publique) – Katia Vermette – Philippe Voyer, inf., Ph. D.

POLITIQUE DE LA REVUE

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

POUR NOUS JOINDRE

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

PUBLICITÉ

Marie-Hélène Langlois
Communications
Courtier publicitaire

En collaboration avec
Opale Média
514 605-0340

partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT

Michelle Dalphond

Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288

ventepublications@oiiq.org

www.oiiq.org/abonnement-pi

TARIFS pour 1 an

Canada : 17,27 \$ taxes comprises

Autres pays : 77,45 \$

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

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

DÉPÔT LÉGAL 2024

Bibliothèque nationale
du QuébecBibliothèque nationale
du Canada
ISSN 1708-1890Répertoire
dans Repère, Cinahl,
PubMed, CISMef et BDSPN° d'enregistrement 9790
Parution : Printemps 2024Convention de la
Poste-publications
N° 40062569

ma pause

fier.té

Je suis fier.ère

J'ai apaisé toutes les craintes de ma patiente avant son traitement. Grâce à mon appui, elle a pris la décision qui lui convenait.

-Manuella S.

Pour la Semaine de la profession infirmière, prenons le temps d'être fiers.ères.

À votre tour de partager votre fier.té. oiiq.org/spi

Cultiver la fierté



© Audrey Bovin

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

Entre la pénurie de main-d'œuvre, le débordement des services d'urgence et les conditions de travail difficiles qui en découlent, les enjeux auxquels le système de santé québécois est confronté sont nombreux. En dépit des écueils, comme infirmières et infirmiers, notre présence constante et notre professionnalisme nous permettent d'améliorer les conditions de vie de milliers de personnes chaque jour. Cela dit, dans le feu de l'action, les moments où il est possible de prendre la mesure du travail accompli et de l'ampleur de la contribution se font cependant rares.

C'est à tout cela, et plus encore, que la 31^e Semaine de la profession infirmière qui se déroulera du 6 au 12 mai prochain souhaite remédier. Au-delà de la reconnaissance témoignée par les gestionnaires et les ordres régionaux à laquelle la Semaine nous a habitués, l'OIIQ a convié cette année les infirmières et infirmiers eux-mêmes à prendre un moment pour exprimer la fierté que leur procure l'exercice de leur profession.

Concrètement, les membres de l'OIIQ en fonction partout au Québec seront invités à inscrire leur fierté en toutes lettres sur des affiches fournies à cet effet dans leurs milieux de travail ou encore à tourner le dos à leur modestie légendaire pour célébrer leurs succès sur les médias sociaux. Mis ensemble, les témoignages recueillis forment la trame narrative de la campagne de communication qui sera déployée dans le cadre de la Semaine de la profession infirmière. Une campagne axée sur l'expertise, propulsant les gestes du quotidien et le sentiment d'accomplissement qu'ils procurent à l'avant-plan. Et surtout, une campagne délibérément positive et bienveillante, qui rappellera que si la profession infirmière comporte son lot de difficultés, elle est aussi source de valorisation et de grande satisfaction.

L'apport des infirmières et infirmiers à la santé et au mieux-être des Québécoises et Québécois est indéniable. Pourtant, au cours des dernières décennies, la reconnaissance accordée à notre champ d'exercice professionnel et à notre expertise est demeurée marginale. Résultat : notre influence et notre rayonnement professionnel sont encore aujourd'hui bien en deçà de ce à quoi seraient en droit de s'attendre des intervenants occupant des fonctions aussi névralgiques. L'heure est venue de renverser cette tendance.

Dans l'optique de rejoindre le plus grand nombre de personnes possible, la vidéo produite à partir du contenu partagé par les infirmières et infirmiers participants sera diffusée d'ici quelques semaines et prendra d'assaut les médias sociaux. Nous vous invitons à vous en imprégner, à vous l'approprier et à la faire voyager aussi loin que possible.

Comme professionnels, nous avons toutes les raisons d'être fiers. Fiers de notre expertise unique et du regard multidimensionnel que nous portons sur les défis imposés par la démographie, la multiplication des cas complexes, l'accélération des connaissances et l'introduction des technologies. Fiers aussi de notre engagement – un engagement souligné à grands traits lors de la récente pandémie, mais qui en vérité est quotidien et témoigne d'un professionnalisme de haut niveau. Non seulement, en tant qu'infirmières et infirmiers, nous accomplissons de grandes choses, mais nos interventions teintées d'humanisme donnent un sens à la notion de soin. En ces temps de grands bouleversements, cette contribution fait figure d'ancrage, tant pour les patients que pour nos collègues des autres professions.

À titre de président de l'OIIQ, je me réjouis d'avance de l'effet bénéfique qu'aura la campagne projetée sur le sentiment de compétence et de fierté de l'ensemble des infirmières et infirmiers.

Bonne semaine de la profession infirmière à toutes et à tous!



Camille



Sophie



Arianne

Une unité d'infirmier·ère·s légendaires

L'Abitibi-Ouest se mobilise pour attirer du personnel en soins infirmiers. Ses promesses : un accueil chaleureux, un équilibre entre le travail et la vie personnelle et un fort sentiment d'appartenance.

En 2021, une pénurie d'infirmier·ère·s en Abitibi-Ouest contraint le Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue à procéder à une fermeture temporaire de la moitié des lits à l'Hôpital de La Sarre, afin d'assurer le maintien de soins de qualité et sécuritaires avec les employés disponibles. Solidaire et proactive, la communauté locale élabore une campagne de financement hors du commun pour rétablir l'offre de soins et soutenir les efforts de recrutement : la Mobilisation de la Grande Séduction. Un million de dollars en dons plus tard, l'initiative Unité légendaire est lancée avec l'objectif de recruter 100 infirmier·ère·s d'ici 2 026 en Abitibi-Ouest.

Le mouvement porte déjà fruit. La preuve par 3 — Camille, Sophie et Arianne —, des infirmières qui ont choisi d'exercer leur métier en Abitibi-Ouest.

Le projet de famille de Camille

Camille travaillait en pédiatrie dans les Basses-Laurentides. Durant son congé de maternité, il est devenu clair pour elle qu'elle souhaitait ralentir, vivre en région et explorer un nouveau secteur des soins de santé. Quand elle a entendu parler de La Grande Séduction en Abitibi-Ouest, le déclic s'est fait.

Après un séjour exploratoire dans la région convoitée, Camille et sa petite famille ont définitivement quitté Saint-Eustache pour s'installer dans une maison paisible au bord de l'eau. Son conjoint s'est vite trouvé un emploi en construction. En plus du cadre de vie enchanteur, avec la nature « qui appartient à tout le monde », Camille a un coup de cœur pour les éducatrices en garderie qui s'occupent de son enfant.

Elle a aussi réorienté son travail en devenant l'assistante infirmière chef du CHSLD de Macamic. Elle se dit en amour avec les personnes âgées qu'elle côtoie maintenant au quotidien. « Pour moi, c'est énormément de changements, de beaux défis. Je suis stimulée et bien entourée par des collègues qui m'aident à trouver ma place. »

La deuxième vie de Sophie

Après 20 ans dans le domaine de la santé, Sophie avait le sentiment d'avoir fait le tour de son métier jusqu'à ce qu'elle décide, en juillet dernier, de quitter sa France natale pour s'établir dans la région de l'Abitibi-Ouest avec son mari, Olivier, et leurs deux adolescent·e·s, Faustine et Jules. Selon elle, le mode de vie ouest-abitibien — avec un pied en nature et l'autre dans la communauté — a été salutaire pour la petite famille.

Plus important encore, depuis son intégration à l'unité du bloc opératoire du Centre hospitalier de La Sarre, Sophie a redécouvert le plaisir de travailler : « C'est une autre ambiance de travail, on valorise ce que je sais faire. L'équipe m'a accueillie à bras ouverts. » De quoi raviver son sourire emblématique.

Les soins de qualité d'Arianne

Après avoir complété son baccalauréat en sciences infirmières à Sherbrooke, Arianne a décidé de retourner dans sa région natale, l'Abitibi-Témiscamingue. C'est d'ailleurs son travail dans les unités multicientèle et natalité de l'Hôpital de La Sarre qui lui a permis de trouver sa passion : œuvrer en salle d'accouchement.

Elle célèbre l'ouverture d'esprit de ses gestionnaires qui sont à l'écoute des besoins et des idées des infirmier·ère·s comme des médecins. « Ils sont ouverts à implanter de nouveaux projets, comme celui de la piscine d'accouchement. » Seuls deux hôpitaux au Québec offrent cette option qui favorise la détente et la mobilité de la femme pendant le travail. La piscine fait dorénavant partie de la boîte à outils d'Arianne qui offre un accompagnement de la plus haute qualité.

10 BONNES RAISONS DE PRATIQUER LA PROFESSION D'INFIRMIER·ÈRE EN ABITIBI-OUEST

- Un milieu de travail stable, bienveillant et valorisant, où les gens ont le temps de se parler.
- Des horaires flexibles pour atteindre (enfin) un équilibre entre travail et vie personnelle.
- L'accès à des bourses et crédits d'impôt allant jusqu'à 10 000 \$, pour les étudiant·e·s et le personnel infirmier provenant de l'extérieur de la région.
- Des occasions réelles d'avancement et de diversification des tâches.
- La possibilité de faire un séjour exploratoire pour visiter la région et le milieu de travail.
- De belles perspectives pour les conjoint·e·s, incluant des emplois stimulants et la possibilité de démarrer une entreprise.
- Des places en service de garde réservées au nouveau personnel infirmier.
- Au besoin, un soutien dans la recherche d'un logement ou d'une maison.
- La proximité avec la nature au quotidien : bonjour camping, VTT, pêche, chasse ou traineau à chiens.
- Une région où il fait bon vivre en communauté, où les voisins s'invitent à souper et les collègues organisent des sorties de pêche sur glace.

Vous êtes infirmier·ère ? Rejoignez l'Unité légendaire de l'Abitibi-Ouest !

Venez travailler dans un environnement stimulant avec plein de possibilités d'avancement. Pour toute l'information concernant la région et le milieu de travail : <https://lagrandeseduction.com/unite-legendaire/>

Présenté par



Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue



Paramédecine : l'expertise infirmière au bénéfice de la population

par **KATIA VERMETTE**

Au centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre, une initiative misant sur l'expertise infirmière et la collaboration interprofessionnelle a vu le jour en 2020 : la paramédecine. Grâce à ce projet, les personnes de 65 ans et plus qui communiquent avec le 911 pour un problème de santé de basse priorité peuvent désormais recevoir le bon soin au bon moment, tout en évitant l'urgence.

MISE EN SITUATION

M. Bilodeau, âgé de 87 ans, chute en allant à la salle de bain. Inquiet, il contacte le 911. Au bout du fil, le répartiteur réalise rapidement que l'utilisateur se porte bien, mis à part une douleur au genou. Il assigne donc cet appel de basse priorité à une ambulance, qui se rend chez M. Bilodeau et l'emmène à l'hôpital. Bien que relativement bénigne, la situation mobilise les services d'urgence, déjà surchargés.

Certains usagers contactent en effet le 911 non pas pour une urgence, mais parce qu'ils ignorent vers quel service se tourner. Certains n'ont pas accès à un médecin de famille. D'autres ignorent l'étendue des services qui s'offrent à eux, dans leur communauté. D'autres encore ont besoin d'être rassurés en lien avec une douleur ou une maladie qui les affecte depuis longtemps.

Ce genre de situation est de plus en plus fréquente. Avec le vieillissement de la population, le nombre d'appels au 911 et de transports par ambulance augmentera significativement au cours des prochaines années, exerçant une pression accrue sur les techniciens ambulanciers paramédicaux et sur les salles d'urgence.

Pour pallier ce problème et en vue de préparer le réseau de la santé à l'arrivée de cette vague d'utilisateurs, le CISSS de la Montérégie-Centre fait le pari, en janvier 2020, de recourir à la paramédecine, en misant sur l'expertise infirmière.

UNE SOLUTION DE REMPLACEMENT À L'AMBULANCE

« Le projet consiste à proposer à certains usagers de 65 ans et plus qui contactent le 911 une solution alternative au transport vers l'hôpital », explique François Gravel, conseiller cadre de projet clinique-paramédecine au CISSS de la Montérégie-Centre. Les cas qui tombent dans la catégorie « de basse priorité » et qui ne nécessitent pas le plateau technique de l'urgence, comme les douleurs articulaires et certaines chutes, sont désormais redirigés vers l'équipe de paramédecine. Un technicien ambulancier paramédical reçoit l'appel du répartiteur et se rend chez l'utilisateur dans sa voiture de fonction. À son arrivée, il s'assure que l'utilisateur répond effectivement à une basse priorité et l'informe de l'évaluation qui sera faite par une infirmière en vue d'éviter, avec son accord, son transport vers les urgences. Contactée par le technicien ambulancier paramédical, l'infirmière vérifie alors si l'individu est connu ou non du service de soutien à domicile (SAD) et, le cas échéant, survole son dossier. Ensuite, le technicien ambulancier paramédical effectue, de concert avec elle, une appréciation de la condition de la personne et une collecte des données pertinentes à la situation afin d'obtenir l'histoire complète de l'utilisateur.

« Le technicien ambulancier paramédical devient les yeux et les oreilles de l'infirmière, ce qui permet à cette dernière de se téléporter dans le milieu de vie de l'utilisateur et de faire une meilleure évaluation », note François Gravel. Au domicile de M. Bilodeau, par exemple, le technicien ambulancier paramédical pourrait vérifier si le milieu de vie présente des risques pouvant causer des chutes. Chez une autre personne, il pourrait

confirmer la présence d'un réseau social solide ou, au contraire, l'absence de soutien. « Puisqu'il se trouve à proximité de l'utilisateur, le technicien ambulancier paramédical est en excellente position pour faire une appréciation 360 du milieu et bien renseigner l'infirmière sur les enjeux biopsychosociaux, ce qui est impossible lorsqu'on rencontre l'utilisateur à l'urgence ou en clinique, » souligne François Gravel.

Au bout du fil, avec l'aide du technicien ambulancier paramédical, l'infirmière procède à l'évaluation de l'utilisateur dans le but de déterminer la meilleure trajectoire de soins selon la situation : une visite à l'urgence, une consultation en clinique médicale ou en pharmacie, des conseils d'autosoins ou, pour M. Bilodeau, un rendez-vous le lendemain avec son médecin de famille. L'infirmière planifie également un appel ou une visite de sécurité dans les 24 heures dans le but de vérifier si l'utilisateur se porte bien. « Quand le technicien ambulancier paramédical quitte le domicile de l'utilisateur, l'infirmière a attaché tous les fils », résume Nancy Beaulieu, directrice du SAD du CISSS de la Montérégie-Centre.

« Le technicien ambulancier paramédical devient les yeux et les oreilles de l'infirmière, ce qui permet à cette dernière de se téléporter dans le milieu de vie de l'utilisateur et de faire une meilleure évaluation. »

MISER SUR L'EXPERTISE INFIRMIÈRE

La paramédecine représente un partenariat gagnant-gagnant entre les infirmières et les techniciens ambulanciers paramédicaux. Le rôle de ces derniers s'élargit au-delà de l'application de protocoles d'urgence et l'expertise infirmière est mise à profit, le tout au bénéfice de l'utilisateur.

L'infirmière joue un rôle central, puisqu'elle possède les compétences pour évaluer la condition physique et mentale d'un utilisateur symptomatique, un acte qui lui est d'ailleurs réservé. Au terme de son évaluation, et grâce à son autonomie professionnelle, elle peut déterminer le plan de traitement le plus adéquat et la meilleure trajectoire de soins pour l'utilisateur. Pour soutenir son analyse, elle peut compter sur la collaboration interprofessionnelle avec le technicien ambulancier paramédical et, au besoin, avec un médecin rattaché au projet. L'expertise infirmière prend alors tout son sens!

Bien que toutes les infirmières possèdent les compétences pour intervenir en paramédecine, le CISSS de la Montérégie-Centre a ciblé plus spécifiquement celles du SAD pour donner son envol au projet. « Ces infirmières connaissent très bien la clientèle de 65 ans et plus et elles ont développé l'expertise pour évaluer l'utilisateur dans son propre milieu de vie », précise Nancy Beaulieu.

Les infirmières du SAD qui participent au projet ont aussi reçu une formation d'appoint pour procéder à des évaluations téléphoniques. Cependant, à la différence des infirmières du 811 qui basent leur évaluation uniquement sur les informations fournies par l'utilisateur, les infirmières de la paramédecine ont la chance de

pouvoir s'appuyer sur la présence du technicien ambulancier paramédical auprès de l'utilisateur. « Puisqu'il peut effectuer certaines activités non réglementées comme la prise de signes vitaux ou la mesure de la glycémie, il est à même de guider l'infirmière dans son évaluation et dans le choix de la trajectoire de soins à privilégier pour cet usager », explique la directrice du SAD.

Les techniciens ambulanciers paramédicaux impliqués en paramédecine reçoivent également une formation de 90 heures et basent leur collecte de données sur un cadre de pratique développé spécialement pour ce projet.

« Ces infirmières connaissent très bien la clientèle de 65 ans et plus et elles ont développé l'expertise pour évaluer l'usager dans son propre milieu de vie plutôt que dans un contexte institutionnel. »

FAVORISER LE BON TYPE DE SOIN, AU BON MOMENT

Ce modèle de collaboration interprofessionnelle infirmière-technicien ambulancier paramédical, relativement nouveau dans le réseau de la santé, a rapidement porté fruit. Les services d'urgence ont dirigé plus de 5 600 appels d'utilisateurs non prioritaires vers le service de paramédecine. La plupart des utilisateurs ont évité un transport en ambulance vers l'urgence. Environ 63 % d'entre eux ont vu leur problème de santé pris en charge à domicile, sans avoir à consulter un médecin. Les autres utilisateurs, de leur côté, ont pris la direction d'une clinique médicale ou encore de l'urgence, mais en empruntant un autre moyen de transport que l'ambulance. En effet, deux véhicules de paramédecine communautaire circulent désormais en tout temps, entre 7 h et 22 h, sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Centre.

En plus de désengorger les urgences, la paramédecine contribue à réserver l'utilisation des ambulances en service aux cas prioritaires, où elles ont une réelle valeur ajoutée. Elle permet aussi de déterminer la meilleure trajectoire de soins pour l'utilisateur en favorisant le recours au bon type de soin, au bon moment.

Ses retombées dépassent la simple réorientation des utilisateurs. « En plus d'assurer la continuité des soins, nos équipes repèrent des clientèles vulnérables qu'on ne réussit pas à détecter autrement », résume François Gravel.

Quelque 15 % des utilisateurs qui passent par la paramédecine sont par la suite inscrits aux services de SAD afin d'être pris en charge. « Nous voulons amener les utilisateurs à développer le réflexe de se tourner d'abord vers des professionnels ou des services autres que ceux de l'urgence lorsque des besoins non urgents surgissent », explique le conseiller-cadre. Les résultats pourraient s'observer rapidement, puisqu'environ 60 % des personnes rencontrées dans le cadre du projet sont déjà suivies par le SAD. La paramédecine constitue donc un excellent moyen de rester en contact avec les utilisateurs et d'aller plus loin dans leur prise en charge.

Après quatre années à miser sur la paramédecine, on peut dire que le CISSS a remporté son pari. Ensemble, l'expertise infirmière et le soutien du technicien ambulancier paramédical ont permis, depuis le début du projet, d'offrir à près des deux tiers des utilisateurs pris en charge les soins nécessaires à leur état de santé, sans avoir à utiliser les services d'une ambulance ou de l'urgence.

EN CONCLUSION

Devant le succès de cette collaboration interprofessionnelle, Nancy Beaulieu et François Gravel travaillent déjà à étendre la paramédecine à d'autres clientèles afin de continuer à faire briller la pratique infirmière au bénéfice de l'utilisateur! •

Tu veux poursuivre ta carrière professionnelle **droit au cœur** de la Montérégie?



Le CISSSMC a une foule d'opportunités d'emploi pour toi:

Urgence • Santé mentale • CHSLD •
Médecine chirurgie • Soutien à domicile
• Maison des aînés • Et plus encore!

Droit au cœur de ta nouvelle famille professionnelle.

➔ nousrecrutons.ca

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

Québec



**PARTICIPEZ
AU DÉFI**

Oser s'investir

AVEC **Kathy Marquis**



**4 actions faciles
pour renforcer
son autonomie
financière**

bnc.ca/femmes



© Audrey Babin

« Lorsque l'équipe de soins et les enseignantes se montrent patientes et généreuses de leur temps et de leurs connaissances, elles font une énorme différence dans le parcours des stagiaires. »

Julie Boudreau : préparer l'avenir de la profession infirmière

par ANNE-MARIE TREMBLAY

Infirmière, enseignante et coordonnatrice du Département des soins infirmiers au Cégep Édouard-Montpetit, Julie Boudreau a formé, depuis une vingtaine d'années, des centaines d'infirmières de la relève. Forte d'un parcours diversifié en tant qu'infirmière pédiatrique au Centre hospitalier (CHU) Sainte-Justine, elle a fait le saut en enseignement, un rôle qui lui permet à la fois de transmettre son savoir, de conserver un pied dans la pratique et de transformer l'avenir de la profession infirmière.

Julie Boudreau a exercé pendant une douzaine d'années au CHU Sainte-Justine après l'obtention de son diplôme en sciences infirmières, en 1992. Elle y a occupé différents postes, essentiellement au sein du Département de néonatalogie. Très engagée, elle a exploré plusieurs facettes de la profession et développé une vaste expertise, dont elle fait aujourd'hui profiter ses étudiantes.

Elle s'est notamment intéressée de près au deuil périnatal, à une époque où les parents qui traversaient cette épreuve étaient encore trop souvent laissés à eux-mêmes, faute de ressources, de connaissances et de services dans les milieux de soins. Le décès périnatal était alors souvent perçu par les intervenants de la santé comme une simple grossesse qui n'avait pas abouti, et non comme une véritable mort, ce qui pouvait compliquer le processus de deuil.

« Les parents n'avaient rien à quoi se raccrocher. C'est comme si leur enfant n'avait jamais existé, alors qu'il était bien vivant dans leur cœur. Nous avons donc pris la décision de leur remettre des souvenirs tangibles, comme une empreinte de pieds, une mèche de cheveux ou la petite tuque mise au bébé à sa naissance. Aujourd'hui, cela se fait partout, mais à l'époque, c'était une approche nouvelle », se souvient Julie Boudreau. Elle a également contribué à la mise en place d'autres mesures, comme celle de permettre aux grands-parents de se joindre aux parents endeuillés.

Pendant sa carrière à Sainte-Justine, Julie Boudreau a aussi pris sous son aile plusieurs candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI), un aspect de son travail qu'elle appréciait particulièrement. Si bien qu'en 2003, quand un poste s'est ouvert au Département de soins infirmiers du Cégep Édouard-Montpetit, elle a immédiatement levé la main. « J'ai décidé de faire le saut dans le monde de l'enseignement pour voir si cela me plairait réellement. J'ai tellement aimé mon expérience que j'y suis encore! Ma mère, ma grand-mère et mon arrière-grand-mère ont été toutes trois enseignantes. Comme je viens d'une lignée de professeures, j'ai toujours eu en moi cette fibre pédagogique », explique-t-elle.

OUTILLER LES INFIRMIÈRES DE DEMAIN

Avec ses collègues enseignantes en soins infirmiers au Cégep Édouard-Montpetit, Julie Boudreau s'assure que les diplômées auront en main toutes les connaissances de base pour exercer leur profession de manière sécuritaire auprès de la population et pour continuer d'évoluer au fil de leurs expériences. « Nous veillons à ce qu'à la fin de leur programme, les étudiantes aient acquis les 22 compétences essentielles aux infirmières novices. En tant qu'enseignante en pédiatrie, je dois donc me questionner pour couvrir les problèmes les plus courants, les situations fréquentes chez les enfants », explique-t-elle.

Sur les 2 145 heures de la formation spécifique du programme d'études au collégial en soins infirmiers, près de la moitié est consacrée aux stages. Chaque session, l'infirmière-enseignante accompagne un groupe de six stagiaires en milieu hospitalier, ce qui comporte son lot de défis! « Dans les nouveaux établissements, comme le CHU Sainte-Justine, les installations ont été élaborées pour accueillir six étudiantes et leur enseignante. Mais dans les hôpitaux plus anciens, c'est souvent difficile de faire de la place pour sept personnes supplémentaires au poste des infirmières. Parfois, il faut se partager un petit local et trois chaises! », illustre-t-elle.

L'accueil réservé aux stagiaires par l'équipe soignante est aussi crucial dans la trajectoire des étudiantes. « Lorsque l'équipe de soins et les enseignantes se montrent patientes et généreuses de leur temps et de leurs connaissances, elles font une énorme différence dans le parcours des stagiaires. »

En tant qu'enseignante, Julie Boudreau s'assure que toutes les conditions sont réunies pour offrir une expérience d'apprentissage réussie. Ce rôle est d'autant plus complexe que chaque stagiaire se voit attribuer un, deux et, parfois, trois patients. Selon le niveau des étudiantes, cela signifie que les infirmières enseignantes sont responsables de 12 à 18 patients.

Peu à peu, elles amènent les futures infirmières à aiguiser leur jugement clinique pour procurer des soins sécuritaires et de qualité. « Nous leur enseignons à entretenir le doute

« Ce qui est aussi très stimulant, c'est que nous devons sans cesse repenser nos stratégies pédagogiques pour nous assurer de répondre aux besoins de la profession infirmière. »



© Audrey Babin

et à valider leurs décisions plutôt que d'agir dans l'incertitude. Si elles ont le réflexe de venir nous voir, nous savons que nous pouvons leur faire confiance. Si une situation imprévue ou inquiétante survient, elles viendront nous chercher ou demanderont à l'infirmière avant d'agir et de mettre en péril la sécurité du patient. »

Au quotidien, Julie Boudreau apprécie particulièrement le contact avec les futures diplômées, qu'elle voit évoluer au fil de la session et du programme. « Nos étudiantes vivent énormément de stress dans les milieux de stage. Je trouve très valorisant de les accompagner, de les rassurer, de leur donner confiance et de les voir évoluer », observe-t-elle. Loin de l'éloigner de sa profession, enseigner permet aussi à Julie Boudreau de continuer d'être sur le terrain et de conserver un lien avec les jeunes patients et leurs parents.

RÉFLÉCHIR À L'AVENIR DE LA PROFESSION

Au cours de sa carrière au Cégep Édouard-Montpetit, Julie Boudreau a coordonné le programme de soins infirmiers. « Ce sont des défis intéressants, puisqu'ils donnent l'occasion de réfléchir à l'avenir de la profession. Notre programme est-il toujours actuel? Quels sont les nouveaux enjeux pour les infirmières? Devrions-nous les ajouter à notre formation? » Elle donne en exemple l'effet des changements climatiques sur la santé de la population. Aujourd'hui, ce critère doit être pris en compte lors de l'évaluation des patients, qui peuvent désormais être touchés par des phénomènes comme les canicules ou le fait de vivre dans un îlot de chaleur.

La sécurisation culturelle est un autre enjeu d'actualité pour la profession. « Même si ce n'est pas inclus dans le programme ministériel, il est urgent d'aborder la question de la sécurisation culturelle avec nos étudiantes, après la tragédie vécue par Joyce Echaquan », souligne-t-elle. L'infirmière enseignante a d'ailleurs participé à la création d'un projet technopédagogique sur ce sujet en vue de les sensibiliser à différents aspects, comme l'histoire des Premières Nations et Inuit ou les biais cognitifs, afin de pouvoir leur offrir des soins culturellement sécuritaires.

Consciente que le programme de formation est chargé, Julie Boudreau voit la nécessité d'aborder, avec les étudiantes, les enjeux éthiques ou sociaux propres à la profession, comme le leadership infirmier, un concept pas si simple à comprendre pour une jeune de 17 ans. Pour répondre à ce besoin, elle a créé avec deux de ses collègues le balado *Bien plus qu'un cours de soins!* qui vulgarise des concepts clés liés au rôle infirmier ou qui revient sur des concepts liés à l'identité professionnelle, au leadership infirmier et aux enjeux de la profession.

« Ce qui est aussi très stimulant, c'est que nous devons sans cesse repenser nos stratégies pédagogiques pour nous assurer de répondre aux besoins de la profession infirmière », ajoute Julie Boudreau. D'ailleurs, quelques cours offerts au cégep utilisent la réalité virtuelle, permettant aux étudiantes d'être projetées dans des scénarios créés sur mesure par leurs enseignantes. « Grâce à ces technologies, il est possible de reproduire des cas complexes sur lesquels les étudiantes ne pourraient pas intervenir dans la réalité, explique la coordonnatrice. Elles peuvent ainsi tester leurs connaissances sans craindre de faire des erreurs. » Des technologies d'avenir pour mieux préparer les infirmières de demain!

EN CONCLUSION

Grâce à son rôle d'enseignante et de coordonnatrice départementale, Julie Boudreau réfléchit à l'avenir de la profession, détermine les enjeux qui se dessinent et prépare la relève à y faire face. Mais ce qui l'émerveille le plus, c'est de voir le potentiel des étudiantes se déployer sous ses yeux. « Même si elles n'ont pas d'expérience, elles sont capables de discerner les enjeux éthiques et de penser à des interventions qui sortent du cadre habituel, et qui sont tout aussi pertinentes. C'est non seulement rafraîchissant, mais porteur d'espoir pour la relève. » •



BIEN PLUS QU'UN COURS DE SOINS!

Retrouvez ce balado sur les plateformes d'écoute.

Reconnaître le traumatisme craniocérébral léger et la commotion cérébrale

Si le traumatisme craniocérébral léger ou la commotion cérébrale est de mieux en mieux repéré en contexte sportif, son occurrence dans la vie de tous les jours est tout aussi importante à identifier.

Le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) ou la commotion cérébrale (CC) est une blessure invisible qui peut se manifester lors d'un incident traumatique provoquant un choc ou une impulsion transmise à la tête. Le diagnostic de TCCL est basé sur l'objectivation de certains critères bien définis. Si le terme CC sert généralement à désigner une forme de TCCL dans laquelle les critères objectifs du TCCL ne sont pas toujours présents, sa définition tient compte de toutes les manifestations cliniques possibles d'un TCCL. Ainsi, puisque la CC et le TCCL correspondent en réalité au même problème de santé, l'utilisation du libellé TCCL/CC est privilégiée.

Un choc qui ne se mesure pas à l'importance de l'activité

Le TCCL/CC peut survenir dans toutes sortes de contextes, incluant des activités de la vie quotidienne :

- Glisser dans les marches de l'escalier ou sur la glace;
- Se cogner la tête contre une porte d'armoire ou recevoir un ballon sur la tête;
- Tomber d'un module de jeu à l'école ou à la garderie.

Le repérage permet d'identifier une situation où il y a risque que la personne ait subi un TCCL/CC. Attention, toutes les situations ne mènent pas systématiquement à un TCCL/CC, mais en cas de doute, il est nécessaire de retirer immédiatement la personne de la situation où elle se trouve et de l'accompagner afin que son état soit observé. Ainsi, le repérage est très important afin de déterminer les gestes à poser et orienter la personne vers les bons services. Une gestion efficace de l'incident traumatique constitue la clé d'une bonne récupération!

Des symptômes qui peuvent passer inaperçus

Puisque les symptômes associés à un TCCL/CC sont communs à plusieurs autres situations courantes, il peut être difficile de les associer à un incident traumatique. Une personne qui a subi un TCCL/CC peut elle-même ne pas le savoir si elle n'est pas attentive à ses symptômes, qui dans certains cas, peuvent apparaître jusqu'à 48 h après l'incident traumatique.

Un TCCL/CC se manifeste de différentes façons. Deux personnes qui ont subi un accident similaire peuvent vivre des inconforts ou des douleurs complètement distincts, pas forcément au même moment. Parmi les symptômes les plus communs, on compte bien sûr les maux de tête et la douleur au cou, mais aussi la fatigue, les troubles du sommeil, les nausées, les vomissements, les étourdissements, les vertiges, la sensibilité au bruit et à la lumière ainsi que la vision embrouillée.



Certains signaux d'alerte requièrent une évaluation médicale immédiate à l'urgence. Ceux-ci comprennent la perte ou la détérioration de l'état de conscience, la confusion, les vomissements répétés, les convulsions, les maux de tête qui s'aggravent, la somnolence importante, la difficulté à marcher ou à reconnaître les gens ou les lieux, la vision double, l'agitation importante voire les pleurs excessifs, une grande difficulté à maintenir l'équilibre, un picotement, une faiblesse ou l'engourdissement des bras ou des jambes ainsi qu'une douleur intense au cou.

Au-delà des symptômes : mettre le doigt sur l'incident traumatique

Si une personne mentionne éprouver un ou plusieurs de ces symptômes, une bonne pratique pour l'intervenant ou l'intervenante consiste à la questionner pour vérifier si elle a subi un incident traumatique. En interrogeant la personne, il importe de garder en tête que le TCCL/CC peut survenir dans le cadre de la vie quotidienne et non seulement lors d'une activité sportive ou récréative, ou lors d'un accident. Grâce à ces questions, il est fort probable que la personne se rappelle du coin de la porte d'armoire que son front a brutalement rencontré tandis qu'elle lavait le comptoir, de l'éducatrice qui a mentionné une collision avec un ami de la garderie ou encore du concert de musique dans une foule trop agitée.

Une gestion adéquate de l'incident traumatique débute par un repérage rapide et efficace et la reconnaissance des symptômes du TCCL/CC. Cette habileté à reconnaître la possibilité d'un TCCL/CC – pour soi-même ou pour autrui – permet ensuite de guider la personne vers les bonnes ressources, car en présence de symptômes, une consultation peut s'avérer nécessaire pour obtenir un diagnostic et recevoir les services nécessaires.

La prise en charge d'un TCCL/CC consiste à bien informer la personne afin qu'elle adopte rapidement les bons comportements pour optimiser sa récupération, à la rassurer en lui expliquant ce à quoi elle peut raisonnablement s'attendre concernant son rétablissement et à l'éduquer sur les étapes de reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives. Il est important de souligner que plus de 80 % des personnes qui ont subi un TCCL/CC auront une récupération favorable au cours du mois suivant l'incident traumatique. Parfois, une ou des interventions sont nécessaires pour soutenir la récupération. Cette prise en charge est assurée par les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC qui sont présentes dans les différentes régions du Québec.

Une prise en charge multidisciplinaire au profit de la population

Le gouvernement du Québec a publié récemment le *Programme de prise en charge du traumatisme craniocérébral léger et de la commotion cérébrale au Québec* à la suite d'un processus de révision des orientations ministérielles pour le TCCL 2005-2010. Pierre angulaire de ce programme, les équipes précoces d'intervention et de réadaptation en TCCL/CC, idéalement composées d'une infirmière clinicienne, d'un physiothérapeute et d'un neuropsychologue, procèdent à l'évaluation globale et à la prise en charge multidisciplinaire de l'usager afin d'en brosser un portrait clinique complet et de gérer adéquatement les symptômes physiques, cognitifs, psychologiques et affectifs qui demeurent présents à la suite de la période de récupération normale.

■ Pour plus d'information, consultez [Québec.ca/commotion](https://quebec.ca/commotion).

Présenté par

Québec



Votre gouvernement

Dans les milieux de la santé et des services sociaux

la bientraitance, c'est tendance!



**La boîte
à outils!**

Les **personnes
proches aidantes**
sont essentielles.
Leur bien-être
aussi.



Une formation conçue pour votre milieu!

Se sensibiliser à la maltraitance des personnes
proches aidantes et identifier des moyens pour
améliorer sa pratique auprès d'elles.

*Formation en ligne gratuite, accréditée (2 HFA).

Procheaidance.quebec/boiteaoutils



En partenariat avec :

Québec 



Soutenir la résilience chez les adolescents atteints de maladie chronique : une responsabilité infirmière

par **PASCAL BERNIER, inf., B. Sc., D.E.S.S., M. Sc. (c)**

Au Canada, on estime qu'environ 10 % des adolescents souffrent d'une maladie chronique (Suris, Michaud et Viner, 2004), par exemple, le cancer, le diabète, l'épilepsie, l'asthme ou la fibrose kystique. Chaque année, on diagnostique un cancer chez près de 300 enfants (Gouvernement du Québec, 2022) et près de 150 sont pris en charge pour une hémoglobinopathie majeure (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2010). L'adolescence est une période cruciale et tumultueuse où se produisent de nombreux changements physiologiques et psychologiques. Les modalités de traitement des maladies chroniques génèrent de multiples répercussions pour les adolescents. Or, les infirmières occupent une position de choix pour soutenir l'adaptation des jeunes qu'elles sont amenées à soigner.

ADOLESCENCE ET MALADIE GRAVE : UN COCKTAIL EXPLOSIF

L'adolescence est une période développementale cruciale durant laquelle se produisent de très nombreux changements (Suris et al., 2004). Le développement est un processus dynamique et continu entre différents mécanismes biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, et au cours duquel de multiples défis se posent (Suris et al., 2004; Young, 2014). Ces changements génèrent notamment une modulation de la perception du corps et de l'image corporelle durant la puberté (Young, 2014). De plus, une maturation importante de la sphère cognitive-affective, l'apprentissage du contrôle émotionnel et la résolution de problèmes surviennent durant cette période (Brand, Wolfe et Samsel, 2017; Young, 2014). Parmi les autres défis importants, la quête d'autonomie et d'indépendance de la figure parentale est au premier plan (Brand et al., 2017; Young, 2014). Les pairs, les amis et les adultes significatifs deviennent des figures dans le développement identitaire. L'adolescence est un pont transitionnel majeur entre l'enfance et l'âge adulte. Durant cette période,

les valeurs et les désirs se précisent pour parfaire son identité (Young, 2014). Les intervenants de la santé œuvrant auprès de cette clientèle confirmeront qu'il est souvent difficile de travailler avec ces jeunes en raison de la grande variabilité de la maturité et de la capacité d'abstraction. D'importants facteurs biologiques, telle la puberté, sont en cause, ce qui explique pourquoi l'âge biologique n'est pas le seul déterminant à considérer dans notre approche. L'infirmière doit pouvoir moduler ses attentes, et ce, indépendamment de l'âge biologique de l'adolescent (Suris et al., 2004).

L'adolescent qui reçoit de longs traitements pour une maladie chronique vit donc des défis supplémentaires qui, parfois, entrent en confrontation avec les cibles développementales attendues (Suris et al., 2004). Par exemple, des modifications corporelles (ex. : prise ou perte de poids, asthénie, alopecie) et des limitations (ex. : retrait de l'école, atteintes motrices, transfusion chronique, contrôle de glycémie et injection d'insuline) contribuent à la dépendance aux parents ou à l'identification au rôle « d'enfant malade » et accentuent la détresse liée à la maladie (Suris et al., 2004). À cela

s'ajoutent parfois une réduction des capacités attentionnelles, un isolement social, une perte de contrôle de son corps, une atteinte à son intégrité et des inquiétudes concernant la sexualité (Suris et al., 2004).

S'ADAPTER À L'IMPOSSIBLE : UNE MISSION POSSIBLE

Le concept de résilience est connu depuis plusieurs décennies, et de nombreuses définitions de cette notion se sont succédé. En sciences infirmières, la résilience se caractérise par les processus déployés pour surmonter l'adversité (Caldeira et Timmins, 2016) et qui permettent l'apparition de mécanismes d'adaptation positifs et constructifs (Anaut, 2005; Caldeira et Timmins, 2016). La résilience se définit aussi comme un ensemble de facteurs procurant plus de flexibilité et contribuant à un plus grand sentiment de contrôle et de maîtrise de la situation (Haase et al., 2017).

Le modèle de résilience dans la maladie (Haase et al., 2014, 2017) propose deux définitions : 1) la résilience comme processus et 2) la résilience comme résultat. La résilience comme processus permet à l'adolescent d'utiliser des mécanismes positifs appelés « facteurs de protections », tels que : le coping courageux, l'intégration sociale, l'environnement familial, ainsi que les dérivés du sens et de l'espoir afin d'affronter les difficultés. Ces mécanismes procurent à l'adolescent plus de flexibilité dans la gestion de « facteurs de risque » tels que la détresse liée à la maladie et le coping défensif. Or, tous ces facteurs interagissent entre eux et permettent le développement de l'autotranscendance et de la résilience (comme résultat) (Tableau 1). Des études récentes (Griggs et Wlaker, 2016; Haase et al., 2017; Kim, Kim, et Kim 2019) ont démontré que l'intégration sociale et les dérivés du sens et de l'espoir semblent être des pistes prometteuses pour soutenir l'adolescent.

Tableau 1
ENSEMBLE DES FACTEURS DU MODÈLE DE RÉSILIENCE DANS LA MALADIE

FACTEUR	DÉFINITION	PROTECTION	RISQUE	RÉSULTAT
Coping courageux	Optimisme et capacité à faire face à la situation.	X		
Intégration sociale	Perception de recevoir du soutien de la part des proches et des professionnels de la santé.	X		
Environnement familial	Perception de recevoir du soutien des proches, et mise à profit d'échanges constructifs, de forces, d'adaptabilité et de cohésion familiale.	X		
Dérivés du sens et de l'espoir (perspective spirituelle)	Capacité à donner du sens à l'expérience et à avoir de l'espoir, en intégrant une dimension spirituelle.	X		
Détresse liée à la maladie	Concept holistique lié à des symptômes de détresse (douleur, nausée, insomnie) ou incertitude liée à la maladie (complexité, ambiguïté).		X	
Coping défensif	Mécanismes émotifs susceptibles de tendre vers l'évitement.		X	
Autotranscendance	Mises en perspective de la situation et activités grâce auxquelles la personne dépasse ses limites.			X
Résilience (comme résultat)	Perception de contrôle, de compétence et d'accomplissement. Motivation à maintenir ou améliorer la situation. Acceptation de l'expérience de la maladie sans être définie par celle-ci.			X

Source : Créé à partir de Haase et al., 2014, 2017.



SEZ

**Portneuf
Québec
Charlevoix**

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

Québec

TOUT COMMENCE ICI → [CN.CARRIERESANTE.GOUV.QC.CA](https://cn.carrieresante.gouv.qc.ca)

L'INFIRMIÈRE : L'HUMANISME AU CŒUR DU SOIN

Grâce à sa position de professionnelle de la santé, mais aussi à son implication à tous les niveaux du processus de soin, l'infirmière peut être une actrice clé dans l'adaptation positive des adolescents atteints de maladie chronique. Il est parfois difficile de communiquer avec eux, mais l'expérience de l'infirmière œuvrant auprès de cette clientèle sera tout à fait pertinente afin d'épauler les adolescents et leurs parents. Le positionnement humaniste de la profession infirmière est essentiel afin d'offrir des soins de qualité. Ainsi, les interactions doivent être orientées vers le partenariat, la compréhension, le respect, la confidentialité et, surtout, la transparence et la réciprocité (Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO], 2010). Par l'intermédiaire de l'écoute, du reflet et du questionnement, l'infirmière guide l'adolescent dans son cheminement et son développement. Il est également important que la relation soit nourrie de part et d'autre et qu'elle puisse se tisser sans jugement, sans imposition, avec respect et réciprocité (RNAO, 2010).

SOUTENIR L'INTERPRÉTATION COGNITIVE

Comment expliquer que certaines personnes face à un même événement s'adaptent de façon complètement différente? En effet, dans la même situation, une personne peut déployer une série de stratégies pour affronter la situation, et même en retirer du positif, alors qu'une autre peut ne jamais retrouver un fonctionnement optimal, notamment développer des symptômes de stress post-traumatique. L'approche cognitive suggère que l'interprétation de l'événement prévale sur l'événement lui-même (Sansom-Daly et Wakefield, 2013). Or, la résilience permet aux adolescents de s'adapter en explorant le sens de la maladie, en encourageant l'optimisme et la recherche de positif, et ce, sans dénier l'expérience (Haase et al., 2017). À la suite d'une annonce difficile, l'adolescent peut avoir recours en premier lieu à des mécanismes défensifs (ex. : la colère ou le retrait social). Même si ceux-ci génèrent l'apparition de détresse liée à la maladie, ils encouragent aussi la mise en place éventuelle de facteurs de protection (ex. : recherche de support social ou donner un sens à l'expérience). Cependant, une surexpression des facteurs de risque contribue à la diminution de la résilience et de la qualité de vie. En ce sens, le rôle de l'infirmière dans le développement et la promotion de la résilience auprès des adolescents atteints de maladie chronique est primordial.

LE RÉSEAU SOCIAL : LE MOTEUR DE L'ADOLESCENT

Il est bien connu qu'à l'adolescence, le rôle des pairs, des amis et de certains adultes significatifs devient central (Young, 2014). Ce besoin de socialisation occupe une place importante dans la vie et le développement de l'adolescent. Ainsi, le diagnostic d'une maladie

grave qui, par exemple, occasionne une hospitalisation durable, un isolement préventif prolongé ou tout autre impact sur la vie sociale du jeune peut entraîner des conséquences d'intensité variable. En effet, l'adolescent peut ressentir une montagne d'émotions, certaines pouvant même être contradictoires : « colère et bonheur » face à ce qu'ils découvrent sur les réseaux sociaux (Donovan et al., 2021). Néanmoins, précisons que les médias sociaux peuvent aider le jeune à demeurer connecté et en contact avec ses pairs, notamment s'il est hospitalisé, tout comme ils peuvent aussi être générateurs de détresse émotionnelle (Donovan et al., 2021). L'infirmière joue un rôle important en explorant avec l'adolescent les impacts du diagnostic sur sa vie sociale, les émotions associées et ses souhaits. Elle peut le soutenir dans l'évaluation des effets positifs et négatifs de garder contact via les réseaux sociaux et sur la manière dont les médias influencent sa qualité de vie. Elle peut l'amener à considérer différentes modalités pour qu'il garde le lien avec ses amis et les personnes qui lui sont chères malgré le contexte médico-hospitalier.

L'ÉCOUTE, LE SOUTIEN ET LE SENS : DES ÉLÉMENTS CRUCIAUX

La profession infirmière combine sciences et humanités. L'infirmière est la professionnelle qui sait, au-delà de ses connaissances biomédicales, écouter, rassurer, conseiller, expliquer, réexpliquer, soutenir et défendre les droits tout en agissant comme la porte-parole du jeune auprès des équipes. Elle est en contact prolongé avec l'adolescent et possède de nombreuses occasions d'établir un lien porteur de sens (Figueiredo et al., 2020). Les professionnels de la santé sont des acteurs significatifs dans l'adaptation à la maladie. C'est en ce sens que le facteur d'intégration sociale du modèle de résilience dans la maladie (Haase et al., 2014, 2017) semble être si important dans l'adaptation du jeune atteint d'une maladie chronique. Ce facteur tient compte du réseau d'amis, mais aussi des professionnels de la santé. L'écoute active, la disponibilité et la relation thérapeutique offerte par l'infirmière soutiennent l'adolescent, son engagement et son adhésion aux traitements (Figueiredo et al., 2020). L'infirmière représente un modèle de rôle et une figure symbolique dans une période développementale où l'attachement aux adultes significatifs (autre que les parents) est important. Ainsi, la relation privilégiée entre l'infirmière et le jeune est une occasion pour la professionnelle de reconnaître les expériences vécues par le jeune, notamment les expériences difficiles, mais aussi ses efforts et son courage (Mack, 2018).

L'OPTIMISME, L'ESPOIR ET LE SENS : DES ÉLÉMENTS ESSENTIELS EN CONTEXTE DIFFICILE

De multiples études ont révélé que l'espoir est un élément essentiel à l'adaptation des adolescents (Kim et al., 2019) qui a été associé à

ENVIE DE DÉFIS ?

PLACEMENT EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES ET NORDIQUES

- + Formation en rôle élargi réputée
- + Flexibilité d'horaire selon tes besoins
- + Conditions avantageuses et soutien 24/7
- + Plusieurs mandats disponibles en régions

Débute l'aventure dès maintenant !
877-333-7439 | mon@monplus.ca | www.monplus.ca

mon+

des résultats positifs sur le plan de la santé et de la qualité de vie (Griggs et Walker, 2016; Kim et al., 2019). L'espoir et la quête de sens sont les déterminants les plus significatifs dans l'adaptation à la maladie chez les adolescents atteints de cancer (Kim et al., 2019). Plus l'adolescent est capable de trouver un sens à ce qui lui arrive et de remettre sa vie en perspective, moins il vivra de détresse et plus il a de chance d'être résilient (Haase et al., 2014, 2017; Kim et al., 2019; Rosenberg et al., 2014). De plus, donner un sens à la maladie permet au jeune de l'accepter et de redéfinir de nouveaux objectifs (Figueiredo et al., 2020). Bien que cela puisse sembler contre-intuitif, l'infirmière peut soutenir l'adolescent pour chercher le positif dans la situation et éprouver de la gratitude. Ainsi, l'infirmière le soutient dans l'acceptation de sa condition, la redéfinition de ses buts et la clarification de ses attentes. Cela augmente l'espoir, mais aussi la motivation, l'estime de soi et la qualité de vie (Figueiredo et al., 2020; Griggs et Walker, 2016). Des travaux sur la résilience chez les adolescents atteints d'une bêta-thalassémie montrent que l'optimisme a une forte corrélation avec le coping courageux et la résilience (Parviniannasab et al., 2021).

LE COPING COURAGEUX ET LA DÉTRESSE LIÉE À LA MALADIE : DES ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES

Bien qu'initialement les mécanismes défensifs permettent une extériorisation de la détresse, l'adolescent doit mettre en pratique des stratégies d'adaptation visant à faire face à la situation (Haase et al., 2017). Néanmoins, il est entendu qu'un jeune adoptant une attitude positive et optimiste dans un contexte d'adversité démontrera une plus forte résilience et moins de détresse, et aura une meilleure qualité de vie. Il est aussi reconnu que l'incidence de troubles de santé mentale est moindre à moyen et long terme. Cette période développementale étant marquée par la recherche d'une plus grande autonomie, l'infirmière peut jouer un rôle actif dans son accompagnement, notamment en aidant l'adolescent à prendre des décisions concernant sa santé, en lui donnant les informations

nécessaires, en l'encourageant à l'autogestion et en l'outillant à reconnaître ses limites et ses capacités. Elle peut aussi lui enseigner différentes stratégies visant à réduire l'impact de mécanismes défensifs et émotifs (ex. : techniques de respiration, de relaxation ou d'imagerie mentale) puisque l'éducation thérapeutique favorise la résilience (Haase et al., 2020; Lansing et Berg, 2014). En soutenant le développement de l'autoefficacité, de l'autorégulation et de l'autodétermination, l'infirmière soutient le développement du courage, de l'optimisme, de la qualité de vie et de la résilience (Greup et al., 2018).

EN CONCLUSION

Les études montrent que le niveau de détresse liée à la maladie est un facteur hautement influant sur l'adaptation, notamment dans les cas de cancer chez les adolescents (Haase et al., 2017). Ces jeunes qui vivent de hauts niveaux d'incertitude liée à la maladie et de nombreux symptômes de détresse ont généralement plus de coping défensif, une moins grande intégration sociale et arrivent moins à donner un sens à la maladie et à avoir de l'espoir. Les infirmières peuvent soutenir les adolescents en intervenant directement sur les symptômes de détresse (Greup et al., 2018) et sur les limitations causées par la maladie et ses traitements (Mack, 2018). En effet, cela permet de diminuer la détresse psychologique ou le coping défensif, et d'augmenter le coping courageux, la résilience et l'autotranscendance (Haase et al., 2014, 2017). Bien que la résilience manque de clarté conceptuelle, il n'en demeure pas moins que nombre d'études soutiennent ses bénéfices probables auprès de la clientèle adolescente. Les facteurs de risque et de protection du modèle de résilience dans la maladie (Haase et al., 2014, 2017) sont utilisables pour toute clientèle présentant un problème de santé. Ces concepts simples offrent concrètement des pistes d'intervention pour les infirmières. Peu d'études ont exploré le rôle de l'infirmière dans le soutien à la résilience auprès des adolescents atteints d'une maladie grave. Des recherches ciblant ce domaine semblent donc des pistes prometteuses. •

L'AUTEUR

PASCAL BERNIER

Inf., B. Sc., D.E.S.S., M. Sc. (c)

Infirmier clinicien en santé mentale en hémato-oncologie pédiatrique, CHU Sainte-Justine
Chercheur-associé axe maladies immunitaires-cancers, Centre de recherche du CHU Sainte-Justine
Étudiant en maîtrise, infirmier praticien spécialisé en santé mentale – UQAR

RÉFÉRENCES

- Anaut, M. (2005). «Le concept de résilience et ses applications cliniques». Recherche en soins infirmiers, 82(3), 4-11. Repéré à <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>
- Brand, S., Wolfe, J., et Samsel, C. (2017). «The impact of cancer and its treatment on the growth and development of the pediatric patient». Current Pediatric Reviews, 13(1), 24-33. Repéré à <https://doi.org/10.2174/1573396313666161116094916>
- Caldeira, S. et Timmins, F. (2016). «Resilience: Synthesis of concept analyses and contribution to nursing classifications». International Nursing Review, 63, 191-199.
- Donovan, E., Martin, S.R., Seidman, L.C., Zeltzer, L.K., Cousineau, T. M., ... Federman, N.C. (2021). «The role of social media in providing support for friends for Adolescent and Young Adult (AYA) patients and survivors of sarcoma: Perspectives of AYA, parents, and providers». Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 10(6), 720-725. Repéré à <https://doi.org/10.1089/jayao.2020.0200>
- Figueiredo, Â.M.S., Lomba, M.L.L.F., Loureiro, L.M.J., et Backes, D.S. (2020). «A resiliência de adolescentes com doença crônica: O papel do enfermeiro na sua promoção». Revista de Enfermagem Referência, V Série(2). Repéré à <https://doi.org/10.12707/rv20008>
- Gouvernement du Québec. (2022). «Statistiques du Registre québécois du cancer». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/donnees-cancer>
- Greup, S.R., Kaal, S.E.J., Jansen, R., Manten-Horst, E., Thong, M.S.Y., ... Husson, O. (2018). «Post-traumatic growth and resilience in adolescent and young adult cancer patients: An overview». Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 7(1), 1-14. Repéré à <https://doi.org/10.1089/jayao.2017.0040>
- Griggs, S. et Walker, R.K. (2016). «The role of hope for adolescents with a chronic illness: An integrative review». Journal of Pediatric Nursing, 31(4), 404-421. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.02.011>
- Haase, J.E., Kintner, E.K., Monahan, P.O. et Robb, S.L. (2014). «The resilience in illness model, Part 1: Exploratory evaluation in adolescents and young adults with cancer». Cancer Nursing, 37(3), E1-12. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31828941bb>
- Haase, J.E., Kintner, E.K., Robb, S.L., Stump, T.E., Monahan, P.O., ... Burns, D.S. (2017). «The resilience in illness model Part 2: Confirmatory evaluation in adolescents and young adults with cancer». Cancer Nursing, 40(6), 454-463. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000450>
- Haase, J.E., Robb, S.L., Burns, D.S., Stegenga, K., Cherven, B., ... Phillips, C. (2020). «Adolescent/Young adult perspectives of a therapeutic music video intervention to improve resilience during hematopoietic stem cell transplant for cancer». Journal of Music Therapy, 57(1), 3-33. Repéré à <https://doi.org/10.1093/jmt/thz014>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2010). «Avis scientifique sur le dépistage néonatal de l'anémie falciforme: état des connaissances et enjeux pour le Québec». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/es/node/3349>
- Kim, M., Kim, K. et Kim, J.-S. (2019). «Impact of resilience on the health-related quality of life of adolescents with a chronic health problem: A structural equation approach—Resilience and health-related quality of life of adolescents». Journal of Advanced Nursing, 75(4), 801-811. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.13888>
- Lansing, A.H. et Berg, C.A. (2014). «Adolescent self-regulation as a foundation for chronic illness self-management». Journal of Pediatric Psychology, 39(10), 1091-1096. Repéré à <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu067>
- Mack, J.W. (2018). «The PRISM intervention for adolescents and young adults with cancer: Paying attention to the patient as a whole person». Cancer, 124(19), 3802-3805. Repéré à <https://doi.org/10.1002/cncr.31664>
- Parviniannasab, A.M., Rakhshan, M., Momennasab, M., Soltanian, M. et Bijani, M. (2021). «The relationship between coping strategies and resilience among adolescents with beta-thalassemia major». Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 34(4), 329-334. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jcap.12339>
- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2010). «Enhancing healthy adolescent development: Clinical best practices guidelines». Toronto, ON: RNAO. Repéré à https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Enhancing_Healthy_Adolescent_Development.pdf
- Rosenberg, A.R., Yi-Frazier, J.P., Wharton, C., Gordon, K. et Jones, B. (2014). «Contributors and inhibitors of resilience among adolescents and young adults with cancer». Journal of Adolescent and Young Adult Oncology, 3(4), 185-193. Repéré à <https://doi.org/10.1089/jayao.2014.0033>
- Sansom-Daly, U.M. et Wakefield, C.E. (2013). «Distress and adjustment among adolescents and young adults with cancer: An empirical and conceptual review». Translational Pediatrics, 2(4), 167-197. Repéré à <https://doi.org/10.3978/j.issn.2224-4336.2013.10.06>
- Suris, J.-C., Michaud, P.-A. et Viner, R. (2004). «The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues». Archives in Disease in Childhood, 89(10), 938-942. Repéré à <https://doi.org/10.1136/adc.2003.045369>
- Young, S. (2014). «Du plus petit au plus grand: Outil de soutien à l'observation et à l'accompagnement des enfants de 0 à 18 ans» (2^e éd.). Montréal: Centre jeunesse Montréal—Institut universitaire 29.

ma pause

fierté

Je suis fier.ère

de l'évaluation de mon patient. On a évité l'hospitalisation et ajusté son traitement juste à temps!

- Guillaume H.

Pour la Semaine de la profession infirmière, prenons le temps d'être fiers.ères.

À votre tour de partager votre fierté. oiiq.org/spi



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



TD Assurance



**BANQUE
NATIONALE**

Disponible en tout
temps pour vos patients



Exufiber®
Exufiber® Ag+



Fibre gélifiante nouvelle génération
Pansement pour plaies très exsudatives

Mepilex® Border Flex



Polyvalent par sa flexibilité
Pansement mousse absorbant tout-en-un
pour plaies exsudatives chroniques et aiguës

Mölnlycke
1-800-494-5134
www.molnlycke.ca

SafetaC®
TECHNOLOGIE

RAMQ



Troubles neurocognitifs : protéger les artères pour protéger le cerveau

Nouvelles données probantes et rôles essentiels de l'infirmière

par **ANDRÉ MICHAUD**, inf., Ph. D., **ALEX FONTAINE**, IPSPL, **WILLIAM TESSIER**, inf., M. Sc., et **DIDIER MAILHOT-BISSON**, inf., Ph. D.

Depuis plusieurs décennies, la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) se situe au premier plan dans la prévention de la maladie cardiovasculaire et de l'accident vasculaire cérébral (AVC). Par ailleurs, de nombreuses études observationnelles ont démontré une association entre l'hypertension artérielle et le risque augmenté de troubles neurocognitifs (TNC). Or, de récentes études, appuyées notamment par la randomisation mendélienne, viennent confirmer le lien causal entre l'HTA et le risque augmenté de TNC. Cet article a pour objectif de mettre en lumière l'importance de l'expertise infirmière dans la prévention de la démence et de la maladie cardiovasculaire et l'AVC par une prise en charge optimale de l'hypertension artérielle.

LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Les TNC, majeurs ou légers, sont l'une des pathologies neurologiques les plus fréquentes chez les personnes âgées (Voyer et Danjou, 2021). Dans le langage courant, les TNC majeurs (TNCM) sont encore appelés démence. Le DSM-V décrit ces troubles comme un syndrome insidieux et progressif caractérisé par des déficits multiples parmi lesquels figurent, entre autres, les troubles de mémoire (American Psychiatric Association [APA], 2013). Cependant, un trouble de mémoire est insuffisant pour établir un diagnostic médical. Un diagnostic probable peut être considéré lorsque les troubles de mémoire sont accompagnés d'un autre déficit parmi les suivants : un trouble du langage, du jugement, du raisonnement ou encore des capacités d'abstraction. Afin de confirmer un diagnostic possible, il faut également comparer les capacités actuelles et antérieures de la personne, puis les mettre en perspective avec son autonomie fonctionnelle et ses attitudes sociales.

Il existe quatre TNCM, soit la maladie d'Alzheimer, le TNCM vasculaire, le TNCM frontotemporal, ainsi que le TNCM à corps de Lewy (Lussier et Massoud, 2022).

Au-delà des symptômes cognitifs reliés à ces troubles, l'impact sur les comportements des personnes âgées atteintes a des répercussions sur leur qualité de vie et celle de leurs proches. L'étiologie des TNCM n'est pas encore clairement démontrée. Or, certaines hypothèses sont actuellement à l'étude (Gauthier et al., 2021). Entre autres, des facteurs génétiques (présence du gène apolipoprotéine E) ou encore biologiques (accumulation de la β -amyloïde) sont parmi les causes possibles les plus étudiées. Les traumatismes crâniens, les changements vasculaires ou l'exposition à des toxines ou des organismes externes sont aussi des étiologies considérées pour expliquer le développement des TNCM chez les personnes atteintes.

Selon la Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer (2023), 170 000 personnes ont été atteintes d'un TNCM au Québec, en 2023. Au cours des prochaines années, le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie risquent de contribuer à l'augmentation de ces troubles. En effet, une hausse de la prévalence de 145 % est estimée d'ici 2050, ce qui porterait à 360 000 le nombre de personnes touchées.

Dans une perspective internationale, on observe le même phénomène. Selon l'OMS (2023), la prévalence des TNCM double tous les 5 ans à partir de 65 ans. Ces statistiques sont préoccupantes. D'ailleurs, en 2019, les TNC ont coûté aux économies mondiales 1 300 milliards de dollars américains, dont 50 % attribuables aux soins donnés par les proches aidants (OMS, 2023). Le fardeau est donc lourd sur le système de santé, mais aussi sur les proches aidants des personnes atteintes, qui doivent dispenser eux-mêmes cinq heures de soins par jour, en moyenne. L'impact psychologique sur ceux-ci est aussi important à considérer (Voyer et Danjou, 2021).

Il n'existe pas de traitement curatif des TNC. Toutefois, l'adoption de saines habitudes de vie serait un des moyens de prévenir le déclin cognitif (Lussier et Massoud, 2022; OMS, 2023). Entre autres, sur le plan alimentaire, une diète de type méditerranéen et une faible consommation de gras saturés sont recommandées. La pratique d'exercices physiques légers à modérés sur une base régulière est aussi encouragée. Finalement, des activités intellectuelles et socialement stimulantes comme le bénévolat ou l'apprentissage continu sont également suggérées comme moyens de prévention.

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Dans le monde, au moins 1 adulte sur 3 entre 30 et 79 ans présente une hypertension artérielle (HTA) (NCD Risk Factor Collaboration [NCD-RisC], 2021). Près de la moitié de ceux-ci ignorent leur condition : n'ayant pas encore été dépistés, leur HTA n'est donc pas maîtrisée. L'HTA est responsable de 54 % des AVC et de 47 % de tous les infarctus du myocarde (Lawes, Vander Hoorn et Rodgers, 2008). Au Canada, les maladies cardiovasculaires (MCV) et l'AVC représentent la deuxième cause de décès, tout juste après les cancers (Statistique Canada, 2022). Le taux de mortalité est au moins 60 % plus élevé chez les individus avec HTA non maîtrisée que chez ceux sans HTA (Zhou et al., 2018).

Bien que l'HTA, connue comme un tueur silencieux, est responsable de 10,8 millions de décès annuellement dans le monde, les complications qui y sont associées affectent aussi grandement la qualité de vie des personnes touchées. En effet, elle est la plus importante cause de perte d'années de vie de qualité, incluant les années perdues à la suite de mort prématurée et les années de vie de qualité perdues (sans une santé optimale) (GBD 2017 Risk Factor Collaborators, 2018).

La prise en charge de l'hypertension artérielle

En plus des mesures préventives, la prise en charge de l'HTA débute par le dépistage. Une des études sur le sujet aux résultats probants est certainement un essai clinique randomisé effectué au Canada, *Cardiovascular Health Awareness Program* (CHAP). Il a démontré qu'un programme de dépistage mène à une réduction de la mortalité de cause cardiovasculaire comparativement à la pratique habituelle (Kaczorowski et al., 2011). Une autre étude de cohorte, effectuée en Corée du Sud (n=443 337), nous indique que les adultes ayant participé à un programme de dépistage systématique de l'HTA auraient une incidence de mortalité par cause cardiovasculaire diminuée de 62 % comparativement à ceux n'ayant pas participé au programme. De plus, celui-ci, menant à une réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires, permettrait de réduire les coûts de santé (Lee et al., 2015; Lee et al., 2021).

Heureusement, l'efficacité des traitements de l'HTA est bien démontrée, ce qui mène notamment à une diminution du risque relatif de 22 % à 25 % des maladies cardiovasculaires et de 36 % à 41 % des AVC (Bangalore et al., 2011; Brenner et al., 2001; Fox et EUROPA, 2003). Plus spécifiquement, une diminution de la pression artérielle (PA) systolique de 10 mm Hg

ou de la PA diastolique de 5 mm Hg serait associée à une diminution de 30 % à 40 % du risque de décès par AVC et de 30 % du risque de décès par maladies cardiovasculaires (Lewington et al., 2002). Dans la même optique, il est estimé que sur le plan populationnel, une diminution de la PAS de 137,7 mm Hg à 115 mm Hg réduirait le risque de maladie cardiovasculaire de 56,2 % (Higgins et al., 2021). Enfin, il y aurait une relation inversement proportionnelle entre les taux de contrôle et de traitement de l'HTA et le taux de mortalité attribuable aux événements cardiovasculaires et aux AVC (Joffres et al., 2013).

Certains facteurs de risque dits non modifiables contribuent à la survenue de l'HTA. En effet, sa prévalence augmente significativement avec l'âge (Padwal et al., 2016; Staessen et al., 2003) et la génétique aurait une influence expliquant jusqu'à 30 % de la variation de la PA (Coffman, 2011). Le genre (Blacher et al., 2019; Igbo Pemu et Ofili, 2008) et l'origine ethnique des individus (Bakris et Sorrentino, 2018) sont également des facteurs de risques de développer une HTA. Des comorbidités telles le diabète, l'insuffisance rénale et la dyslipidémie sont aussi fortement associées à un risque augmenté d'HTA (Leung et al., 2019; Yusuf et al., 2004). Par ailleurs, certaines habitudes de vie telles que la diète de type DASH (*Dietary Approaches to Stopping Hypertension*) ou une diète pauvre en sodium et riche en potassium, la pratique régulière d'activité physique, une consommation d'alcool limitée et une perte de poids contribueraient à réduire la PA et donc à éviter l'HTA ou du moins contribuerait à la maîtriser (Mancia et al., 2023).

LE LIEN ENTRE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET LES TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Comme présenté plus haut, de saines habitudes de vie contribueraient à prévenir la démence. De façon plus précise, 12 facteurs de risques modifiables, dont l'HTA, seraient responsables de 40 % des cas de TNC dans le monde (Livingston et al., 2020). Il est donc possible d'agir en prévention.

Depuis plus de 30 ans, les scientifiques se préoccupent des liens entre l'HTA et les TNC. Dès les années 1980, des études s'intéressent et établissent une association entre l'HTA et le TNC de type démence vasculaire (Forette et Boller, 1991). Puis des liens entre l'HTA et la maladie d'Alzheimer sont évoqués. Par exemple, une étude rétrospective publiée en 1995 (Olichney et al., 1995) démontre une association entre des lésions cérébrales présentes chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et l'HTA. Une étape suivante de la recherche était de répondre à cette question : est-ce que traiter l'hypertension artérielle prévient ou diminue les risques de démence? Or, dès 1998, l'essai randomisé à double aveugle SYST-EUR (Forette et al., 1998) a démontré que traiter des individus de 60 ans et plus, hypertendus, réduisait de 50 % l'incidence de démence. Ces résultats révélant la réduction de l'incidence de la démence par le traitement de l'HTA ont été corroborés par des études plus récentes (Hughes et al., 2020).

Par ailleurs, il semble évident que les lésions associées à l'HTA menant à un risque augmenté de démence se produisent sur une longue période. Ainsi, dès le début des années 2000, les résultats d'études publiées évoquent des liens entre l'HTA à l'âge adulte moyen, soit entre 45 ans et 60-65 ans, et le risque augmenté de démence à l'âge avancé (Gottesman et al., 2014; Scullin et al., 2013; Singh-Manoux et Marmot, 2005; Taylor et al., 2013; Whitmer et al., 2005). De façon plus précise, deux revues systématiques avec méta-analyse, l'une en 2019 regroupant 7 études (Lennon et al., 2019) et l'autre en 2020 regroupant 209 études (Ou et al., 2020) démontrent que l'HTA à l'âge moyen est associée

à un risque augmenté de démence de 18 % à 55 %. Ces données mettent ainsi en valeur l'importance de prévenir, dépister et maîtriser l'HTA et ce, tôt dans l'âge adulte.

La randomisation mendélienne

Les études observationnelles et revues systématiques présentées ci-dessus sont puissantes puisqu'elles incluent des dizaines de milliers d'individus sur des suivis de parfois 20 à 30 ans. Elles démontrent une forte association entre l'HTA et les TNC. Cependant, elles ne peuvent établir de lien de causalité. En effet, il serait contraire à l'éthique de randomiser en deux groupes les personnes hypertendues non traitées et les personnes normotendues, et de les suivre sur une période de 10 à 30 ans afin de mesurer la survenue ou non de TNC. De plus, il serait difficile de contrôler les facteurs confondants, tels que le tabagisme ou la sédentarité par exemple. C'est ici que les études par randomisation mendéliennes entrent en jeu et permettent d'établir des liens de causalité entre un facteur de risque, par exemple l'HTA, et la survenue de TNC.

À la fin du 19^e siècle, le moine austro-hongrois Gregor Mendel émet les principes de génétique faisant intervenir l'hérédité, expliquant ainsi en partie les variations entre les individus. Vers la fin du 20^e siècle, la randomisation mendélienne sert de méthode d'étude génétique et épidémiologique. Elle est utilisée pour évaluer les associations causales entre des facteurs d'exposition, par exemple l'HTA, des gènes et des résultats de santé comme les TNC repérés dans les études observationnelles. Elle repose sur la variation génétique naturelle dans une population, où certains variants génétiques, dits allèles, influencent l'exposition à un facteur de risque (ex., l'HTA). Ces allèles sont distribués de manière aléatoire et indépendante aux autres facteurs de risque dans la population, créant ainsi une randomisation naturelle. Par exemple, dans la population, certains individus sont porteurs d'allèles prédisposant fortement à l'HTA. En comparant les résultats de santé des individus portant les différents types d'allèles, on peut estimer l'effet causal d'un facteur de risque comme l'HTA sur la survenue d'une condition de santé comme les TNC. La randomisation mendélienne minimise donc les biais de confusion et renforce la validité des associations causales, tout en étant utile lorsque les essais cliniques randomisés sont impossibles. Pour cela, elle nécessite des marqueurs génétiques fiables pour la condition de santé étudiée.

En 2023, Siedlinski et ses collaborateurs ont utilisé la randomisation mendélienne grâce à l'imposante banque du Royaume-Uni qui compte 500 000 individus, afin de mesurer l'effet causal de l'HTA sur la survenue des TNC. Ils ont même analysé, à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), près de 4 000 de ces cerveaux afin d'identifier des dommages structuraux associés aux déficits cognitifs. Ainsi, ils ont effectué une impressionnante triangulation des données entre les études observationnelles révélant des déficits cognitifs, la présence d'HTA comme facteur de risque par randomisation mendélienne et, par IRM, la présence de dommages au cerveau causés par l'HTA et associés à des déficits cognitifs (**Figure 1**). Les résultats de cette étude ont permis de démontrer de façon puissante les liens entre l'HTA, les dommages au cerveau provoqués par l'HTA et les déficits cognitifs qui leur sont associés.

Donc, plus que jamais, les liens entre l'HTA et le risque augmenté de TNC sont démontrés. Considérant les impacts majeurs des TNC, tant au niveau de l'individu qu'au niveau populationnel et du système de santé, l'infirmière a la responsabilité d'utiliser l'ensemble de ses

compétences afin de contribuer au dépistage et à la prise en charge de l'HTA. Par ses actions concrètes et le déploiement de son expertise, elle peut donc réduire les fardeaux de la maladie cardiovasculaire et des AVC, mais également des TNC.

L'INFIRMIÈRE AU CŒUR DE LA PRÉVENTION DE LA DÉMENCE, DE LA MALADIE CARDIOVASCULAIRE ET DE L'AVC

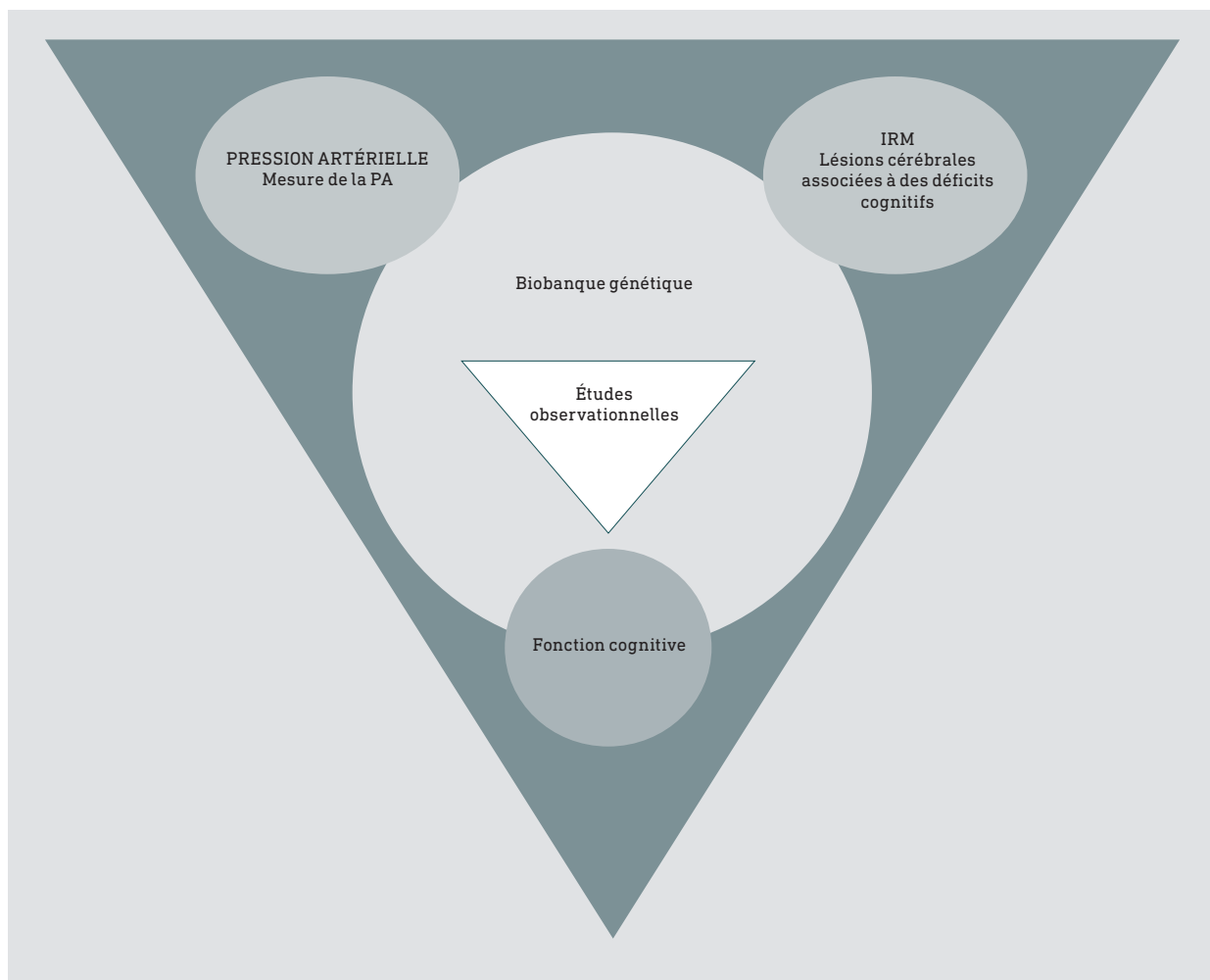
L'infirmière

Au cours des dernières décennies, le rôle infirmier a grandement évolué. Les infirmières évaluent la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, et elles exercent une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier (OIIQ, 2016). De plus, les infirmières effectuent le suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes, des maladies chroniques et des risques élevés de complications (OIIQ, 2016), ce qui inclut l'HTA et les TNC.

Les liens entre l'HTA et le TNC étant maintenant bien établis, cela met en évidence une fois de plus l'importance du rôle infirmier dans la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle. Il est donc essentiel de reconnaître l'expertise infirmière au sein des équipes de soins et d'assurer une utilisation optimale de l'étendue de la pratique infirmière. Plus spécifiquement, l'étendue de la pratique se définit comme « l'éventail complet des fonctions et responsabilités confiées légalement aux infirmières et pour lesquelles elles détiennent la formation, les connaissances et les compétences » (Déry et al., 2015). Cela signifie aussi que les infirmières doivent être en mesure d'exercer leur rôle de manière autonome et d'assumer les responsabilités qui relèvent de leur formation et de leur expertise. Il reste encore du travail à faire à cet effet. Des études récentes mettent en lumière une sous-utilisation encore persistante de l'étendue de la pratique infirmière (Déry, D'Amour et Roy, 2017; Morin et Lessard, 2019). Pourtant, le rôle infirmier est essentiel dans la prise en charge de l'HTA. L'action infirmière a le potentiel de réduire les risques de détérioration de l'état de santé, le nombre d'hospitalisations, ainsi que les complications associées (Bulto et Hendricks, 2023).

Il est juste de dire que l'action infirmière, dans son plein rôle, présente un potentiel significatif afin de réduire les risques de TNC dans la population. De façon concrète, le rôle infirmier dans la prise en charge de l'hypertension débute par l'évaluation de la personne soignée. Au-delà de l'examen physique, le questionnaire de santé est d'une importance capitale puisqu'il permet de déceler des facteurs de risque pouvant contribuer à l'hypertension artérielle, comme le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, ou des antécédents familiaux de dyslipidémie, de diabète ou de maladies cardiovasculaires (Cloutier et Poirier, 2016). Le questionnaire de santé a également pour objectif de déterminer des facteurs de risque d'hypertension artérielle secondaire comme la prise de médicaments ou de substances tels les contraceptifs et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, la consommation de cocaïne ou d'amphétamines. De plus, des informations peuvent être recueillies auprès des proches de la personne comme la présence de ronflements ou d'apnée du sommeil (Cloutier et Poirier, 2016). Par le questionnaire de santé, l'infirmière évalue également les habitudes de vie. À la suite de son évaluation, elle accompagnera la personne soignée dans la modification de ses habitudes de vie. D'ailleurs,

Figure 1
TRIANGULATION DES SOURCES DE DONNÉES AFIN DE DÉMONTRER LES LIENS ENTRE L'HTA ET LES TNC



Source : Siedlinski et al., 2023

Et si c'était vous ?
Postulez dès maintenant →

villamedica.ca

La référence en **RÉADAPTATION**

l'effet combiné de la modification des habitudes de vie peut mener à une réduction de la pression artérielle jusqu'à 14/7 mm Hg (Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group, 2003). La diminution de pression artérielle obtenue par la modification des habitudes de vie peut donc être équivalente à celle produite par une monothérapie médicamenteuse. Pour compléter cette statistique, une revue systématique de 37 essais randomisés contrôlés a mis en évidence les bénéfices des interventions infirmières dans le contrôle de la pression artérielle. En comparaison avec les interventions standards effectuées par le médecin seulement, les interventions infirmières ont mené à une plus grande diminution de la pression artérielle systolique (~5 mm Hg) (Bulto et Hendriks, 2023).

Dans la prise en charge de l'HTA, le rôle infirmier implique également l'application d'ordonnances individuelles d'ajustement en s'appuyant sur le protocole médical associé produit par l'INESSS (2021). Grâce à ces outils, l'infirmière peut effectuer les ajustements thérapeutiques, ainsi que les examens et les analyses de laboratoire requis. Il est attendu de l'infirmière qu'elle soit en mesure d'évaluer non seulement les effets des modifications des habitudes de vie, mais aussi des traitements pharmacologiques. Lorsque les cibles thérapeutiques ne sont pas atteintes ou lorsque l'état clinique de la personne soignée s'aggrave, l'infirmière est tenue de faire une évaluation clinique rigoureuse et de transmettre ses observations à l'IPS ou au médecin. Un résumé du rôle infirmier (et de l'IPS) dans la prise en charge de l'HTA est présenté au **Tableau 1**.

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS)

Dans une approche interdisciplinaire, chaque professionnel a un rôle à jouer dans le dépistage et la prévention de la maladie. La pratique clinique de l'IPS comprend la dispensation de soins à l'utilisateur et à ses proches en utilisant une démarche holistique globale. Cette approche est la clé de la prévention dans le contexte de l'HTA ou du TNC. De plus, depuis 2021 et en fonction de sa classe de spécialité, l'IPS peut diagnostiquer des maladies, telle l'HTA, et en déterminer les traitements médicaux (Michaud et al., 2021; OIIQ, 2021).

En basant sa réflexion et son raisonnement clinique sur le Guide des bonnes pratiques en prévention clinique (GBPPC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'IPS doit ajuster sa pratique pour inclure un dépistage adapté selon les facteurs de risque de l'utilisateur. Aux visites de soins qui s'y prêtent, elle doit dépister l'HTA grâce aux méthodes reconnues, établir

le diagnostic et commencer le traitement pharmacologique et non pharmacologique le cas échéant (CMQ/MSSS, 2023). C'est ici que son rôle vient croiser le dépistage du TNC chez les usagers de 70 ans et plus.

Le traitement non pharmacologique de l'HTA, tels que l'augmentation de l'activité physique, la perte de poids, une alimentation saine de type DASH, l'abandon tabagique, la thérapie cognitivo-comportementale, etc. (Hypertension Canada, 2022), sont des moyens de prévention et, parallèlement, des facteurs protecteurs du TNC (Belarbi et Makri Mokrane, 2022). Ajoutons la stimulation cognitive et sociale au facteur protecteur et le cocktail non pharmacologique est parfait pour prévenir le TNC ou en ralentir sa progression.

Lors du dépistage de TNC (léger ou majeur), il faut différencier le vieillissement dit normal de l'anormalité cognitive. Par exemple, la distractibilité accrue et des difficultés à maintenir une attention soutenue ou à la diviser sont considérées comme normales. Au niveau de la mémoire, les nouveaux apprentissages demandent plus de temps à la plasticité cérébrale, et il en va de même pour la récupération de l'information ou des mots communs (Lussier et Massoud, 2022). Or, pour effectuer un bon dépistage, l'IPS doit connaître les habitudes de vie, la scolarisation et les affections pouvant affecter la sphère cognitive de son usager en plus d'entretenir une bonne relation avec les proches aidants et la famille. De cette façon, elle sera à même d'interpréter les résultats des outils de dépistage effectués par ses collègues cliniciennes et, ainsi, personnaliser l'approche diagnostique syndromique à l'utilisateur.

Bien qu'il ne soit pas recommandé de faire un dépistage systématique de TNC en l'absence d'une plainte de changements cognitifs ou d'une suspicion clinique du praticien, une attention particulière doit être portée en présence de facteurs de risque vasculaire comme l'HTA, la dyslipidémie, le diabète, de maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, ou de traumatismes cérébraux (Lussier et Massoud, 2022). Ces affections souvent retrouvées conjointement chez un usager devraient déclencher une collecte de données sommaire afin de rechercher des manifestations cliniques indiquant la présence de déficits cognitifs nouveaux et, ainsi, entraîner une évaluation clinique exhaustive et structurée, le cas échéant. Pour ce qui est de la prise en charge de l'HTA, les rôles de l'IPS sont présentés au **Tableau 1**.

**VOTRE SYNDICAT PORTE
TOUJOURS VOTRE VOIX.
NOUS SOMMES LÀ POUR VOUS.**



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

INFIRMIÈRES, INFIRMIÈRES AUXILIAIRES, INHALOTHÉRAPEUTES ET PERFUSIONNISTES CLINIQUES



Tableau 1

SIMILITUDES, COMPLÉMENTARITÉ ET DIFFÉRENCES DANS LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE ET DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPSPL) DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'HTA

INFIRMIÈRE	INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE (IPSPL)
Participe au dépistage de l'hypertension en obtenant les mesures de pression artérielle.	
Participe à l'enseignement et à l'évaluation des modifications des habitudes de vie.	
Applique les ordonnances individuelles d'ajustement (OIA) et les protocoles médicaux (examens, analyses de laboratoires et ajustement thérapeutique), et assure les suivis associés.	Prescrit ou procède aux examens et analyses de laboratoire nécessaires au dépistage, au suivi et à l'évaluation du patient atteint d'HTA.
Participe à l'enseignement et à l'évaluation concernant le traitement pharmacologique.	
Prend connaissance des intentions de traitements.	Établit le diagnostic d'HTA, élabore le plan de traitement individuel en tenant compte des modifications des habitudes de vie et du traitement pharmacologique, puis dresse une cible de traitement.
	Prescrit, renouvelle et ajuste les médicaments pour les patients présentant de l'HTA.
Évalue les effets des modifications des habitudes de vie et des traitements pharmacologiques.	
• Exerce une surveillance clinique des effets des médicaments et de leurs interactions. • En cas de cibles thérapeutiques non atteintes ou de l'aggravation de l'état du patient, demande l'intervention de l'IPS ou du médecin et convient du suivi à donner.	• Exerce une surveillance clinique des effets des médicaments et de leurs interactions et prescrit les traitements en conséquence.
Assure le suivi des observations des autres professionnels impliqués, au regard de l'adhésion au traitement et fait part des résultats de laboratoire au besoin, selon l'entente avec le patient.	
Transmet ses observations, telles que l'adhésion au traitement, les effets indésirables, les problèmes reliés à la pharmacothérapie, aux autres professionnels de la santé impliqués.	

Source : Adapté de Cloutier et Poirier, 2016.



REJOIGNEZ la famille VIGI santé

et faites carrière dans l'un de nos **15 CHSLD privés conventionnés!**

Relevez le défi!
Joignez-vous à notre équipe dès aujourd'hui.

- Pas de TSO
- Travail sur un seul site
- Interdisciplinarité
- Proximité des transports en commun
- Stationnement gratuit

Faire partie de notre équipe, c'est faire partie de la famille!



Suivez le code pour voir nos offres d'emploi et déposer votre CV.

EN CONCLUSION

L'HTA et les maladies cardiovasculaires, ainsi que les TNC, sont parmi les conditions de santé les plus prévalentes et dont les impacts en termes de morbidité et mortalité sont des plus imposants et sévères. À la suite de nombreuses études observationnelles et plus récemment par la randomisation mendélienne, le lien entre l'HTA et le risque augmenté de TNC est maintenant bien établi. Ce risque augmenté, de l'ordre de 20 % à 50 %, est présent dès l'âge adulte moyen, soit chez les 45-60 ans.

Les infirmières disposent de tous les outils afin de diminuer les risques associés à l'HTA, ce qui inclut non

seulement les maladies cardiovasculaires et l'AVC, mais aussi les TNC. Par le plein exercice de leur rôle, la dyade infirmière clinicienne/infirmière praticienne peut assurer une prise en charge complète et optimale de l'HTA, par la mise en place de mesures préventives, notamment le dépistage, le diagnostic, les traitements adéquats et les suivis associés. Aux infirmières de prendre leur plein rôle afin de contribuer à protéger le cœur, mais aussi le cerveau de la population québécoise. •

LES AUTEURS

ANDRÉ MICHAUD

Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

WILLIAM TESSIER

Inf., M. Sc.

Chargé de formation pratique à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

ALEX FONTAINE

IPSPL

CIUSSS MCQ

DIDIER MAILHOT-BISSON

Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (APA). (2013). «Diagnostic and statistical manual of mental disorders» (5^e éd.). Washington, DC: APA.
- Bakris, G. et Sorrentino, M. (2018). «Hypertension: A companion to Braunwald's heart disease» (3^e éd.). Philadelphia: Elsevier.
- Bangalore, S., Kumar, S., Watterslev, J. et Messerli, F.H. (2011). «Angiotensin receptor blockers and risk of myocardial infarction: Meta-analyses and trial sequential analyses of 147 020 patients from randomised trials». *BMJ*, 342, d2234. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmj.d2234>
- Belarbi, S. et Makri Mokrane, S. (2022). «Facteurs de risque et facteurs protecteurs des démences». *Algerian Journal of Health Sciences*, 04(01), 73-86. Repéré à https://ajhs.atrass.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_199.pdf
- Blacher, J., Kretz, S., Sorbets, E., Lelong, H., Vallée, A. et Lopez-Sublet, M. (2019). «Épidémiologie de l'hypertension: Différences femme/homme». *La Presse Médicale*, 48(11), 1240-1243. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.04.010>
- Brenner, B.M., Cooper, M.E., de Zeeuw, D., Keane, W.F., Mitch, W.E., ... Shahinfar, S. (2001). «Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy». *The New England Journal of Medicine*, 345, 861-869. Repéré à <https://doi.org/10.1056/NEJM0011161>
- Bulto, L.N. et Hendriks, J.M. (2023). «The role of nurse-led intervention to empower patients in cardiovascular disease care» [Editorial]. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 00, 1-3. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad095>
- Cloutier, L. et Poirier L. (2016). «Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle» (4^e éd.). Montréal: Société québécoise d'hypertension artérielle. Repéré à <https://sqha2.hypertension.qc.ca/wp-content/uploads/2016/07/SQHA-PRISE-EN-CHARGE-4e-edition-2.pdf>
- Coffman, T.M. (2011). «Under pressure: The search for the essential mechanisms of hypertension». *Nature Medicine*, 17, 1402-1409. Repéré à <https://doi.org/10.1038/nm.2541>
- Collège des médecins du Québec (CMQ) et Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2023). «Fiche de prévention clinique». Repéré à <https://cms.cmq.org/files/documents/Fiches/fiche-prevention-clinique-04.pdf>
- Déry, J., D'Amour, D., Blais, R. et Clarke, S.P. (2015). «Influences on and outcomes of enacted scope of nursing practice: A new model». *Advances in Nursing Science*, 38(2), 136-143. Repéré à <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000071>
- Déry, J., D'Amour, D. et Roy, C. (2017). «L'étendue optimale de la pratique infirmière». *Perspective infirmière*, 14(1), 51-55.
- Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer (2023). «Rapport d'impact 2022-2023». Montréal: FQSA.
- Forette, F. et Boller, F. (1991). «Hypertension and the risk of dementia in the elderly». *The American Journal of Medicine*, 90(3A), 145-195. Repéré à [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(91\)90430-6](https://doi.org/10.1016/0002-9343(91)90430-6)
- Forette, F., Seux, M.-L., Staessen, J.A., Thijs, L., Birkenhäger, W.H., ... Fagard, R. (1998). «Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) trial». *The Lancet*, 352(9137), 1347-1351. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)03086-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)03086-4)
- Fox, K.M. et EUROpean trial on reduction of cardiac events with Perindopril in stable coronary Artery disease Investigators. (2003). «Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: Randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study)». *The Lancet*, 362(9386), 782-788. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12486-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12486-9)
- Gauthier, S., Rosa-Neto, P., Morais, J.A. et Webster, C. (2021). «World Alzheimer Report 2021: Journey through the diagnosis of dementia». London: Alzheimer's Disease International.
- GBD 2017 Risk Factor Collaborators. (2018). «Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017». *The Lancet*, 392(10159), 1923-1994. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32225-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6)
- Gottesman, R.F., Schneider, A.L.C., Albert, M., Alonso, A., Bandeen-Roche, K., ... Mosley, T.H. (2014). «Midlife hypertension and 20-year cognitive change: The atherosclerosis risk in communities neurocognitive study». *JAMA / Neurology*, 71(10), 1218-1227. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jamaneuro.2014.1646>
- Higgins, H., Mason, A.M., Larsson, S.C., Gill, D., Langenberg, C. et Burgess, S. (2021). «Estimating the population benefits of blood pressure lowering: A wide-angled mendelian randomization study in UK Biobank». *Journal of the American Heart Association*, 10(17). Repéré à <https://doi.org/10.1161/jaha.121.021098>
- Hughes, D., Judge, C., Murphy, R., Loughlin, E., Costello, M., ... Canavan, M. (2020). «Association of blood pressure lowering with incident dementia or cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis». *JAMA*, 323(19), 1934-1944. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4249>
- Hypertension Canada. (2022). «Hypertension 2020-2022 – Points saillants: Guide pratique fondé sur les lignes directrices d'Hypertension Canada et portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle ainsi que sur l'évaluation des risques». Repéré à https://hypertension.ca/wp-content/uploads/2023/01/2020-22-HT-Guidelines-FR_WEB_SG-1.pdf
- Igho Pemu, P. et Ofili, E.O. (2008). «Hypertension in women: Part I». *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 406-410. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.06552.x>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2021). «Protocoles médicaux nationaux et ordonnances associées». Repéré à <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees>.html
- Joffres, M., Falaschetti, E., Gillespie, C., Robitaille, C., Loustalot, F., ... Campbell, N. (2013). «Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: A cross-sectional study». *BMJ Open*, 3(8), e003423. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003423>
- Kaczorowski, J., Chambers, L.W., Dolovich, L., Paterson, J.M., Karwalajtys, T., ... Sabalot, R.J. (2011). «Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP)». *BMJ*, 342, d442. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmj.d442>
- Lawes, C.M.M., Vander Hoorn, S. et Rodgers, A. (2008). «Global burden of blood-pressure-related disease, 2001». *The Lancet*, 371(9623), 1513-1518. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60655-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60655-8)
- Lee, H., Cho, J., Shin, D.W., Lee, S.-P., Hwang, S.-S., ... Guallar, E. (2015). «Association of cardiovascular health screening with mortality, clinical outcomes, and health care cost: A nationwide cohort study». *Preventive Medicine*, 70, 19-25. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.11.007>
- Lee, H.-Y., Lee, S.W., Kim, H.C., Ihm, S.H., Park, S.H. et Kim, T.H. (2021). «Cost-effectiveness analysis of hypertension screening in the Korea National Health Screening Program». *Korean Circulation Journal*, 51(7), 610-622. Repéré à <https://doi.org/10.4070/kcj.2021.0051>
- Lennox, M.J., Makkar, S.R., Crawford, J.D. et Sachdev, P.S. (2019). «Midlife hypertension and Alzheimer's disease: A systematic review and meta-analysis». *Journal of Alzheimer's Disease*, 71(1), 307-316. Repéré à <https://doi.org/10.3233/JAD-190474>
- Leung, A.A., Bushnik, T., Hennessy, D., McAlister, F.A. et Manuel, D.G. (2019). «Risk factors for hypertension in Canada». *Health Reports*, 30(2), 3-13.
- Livingston, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R. et Collins, R. (2002). «Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies». *The Lancet*, 360(9349), 1903-1913. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)11911-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)11911-8)
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., ... Mukadam, N. (2020). «Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission». *The Lancet*, 396(10248), 413-446. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)
- Lussier, D. et Massoud, F. (2022). «Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert» (4^e éd.). Montréal: EDISEM.

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., ... Kjeldsen, S.E. (2023). «2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA)». *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-2071. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>

Michaud, A., Huot, V., Viens-Vega, S.-M. et Cloutier, L. (2021). «Nouvelles activités professionnelles de l'IPS – Les défis du diagnostic de l'hypertension artérielle». *Perspective infirmière*, 18(3), 38-44.

Morin, M. et Lessard, L. (2019). «L'étendue effective de la pratique des infirmières dans les services de proximité en région éloignée». *Recherche en soins infirmiers*, 3(138), 75-93. Repéré à <https://doi.org/10.3917/rsi.138.0075>

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2021). «Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants». *The Lancet*, 398(10304), 957-980. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01330-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01330-1)

Olichney, J.M., Hansen, L.A., Hofstetter, C.R., Grundman, M., Katzman, R. et Thal, L.J. (1995). «Cerebral infarction in Alzheimer's disease is associated with severe amyloid angiopathy and hypertension». *Archives of Neurology*, 52(7), 702-708. Repéré à <https://doi.org/10.1001/archneur.1995.00540310076019>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). «Démence». Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3^e éd). Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%2829%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcd8075e3>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «Sommaire des nouveautés et modifications découlant de la Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé». Repéré à <https://www.oiiq.org/pour-un-meilleur-acces-au-systeme-de-sante-les-ips-complementement-autonomes-a-compter-du-25-janvier-2021>

Ou, Y.-N., Tan, C.-C., Shen, X.-N., Wei, X., Hou, X.-H., ... Yu, J.-T. (2020). «Blood pressure and risks of cognitive impairment and dementia: A systematic review and meta-analysis of 209 prospective studies». *Hypertension*, 76(1), 217-225. Repéré à <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.14993>

Padwal, R.S., Bienek, A., McAlister, F.A. et Campbell, N.R.C. (2016). «Epidemiology of hypertension in Canada: An update». *Canadian Journal of Cardiology*, 32(5), 687-694. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.07.734>

Scullin, M.K., Gordon, B.A., Shelton, J.T., Lee, J.H., Head, D. et McDaniel, M.A. (2013). «Evidence for a detrimental relationship between hypertension history, prospective memory, and prefrontal cortex white matter in cognitively normal older adults». *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 13(2), 405-416. Repéré à <https://doi.org/10.3758/s13415-013-0152-z>

Siedlinski, M., Carnevale, L., Xu, X., Carnevale, D., Evangelou, E., ... Guzik, T.J. (2023). «Genetic analyses identify brain structures related to cognitive impairment associated with elevated blood pressure». *European Heart Journal*, 44(23), 2114-2125. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad101>

Singh-Manoux, A. et Marmot, M. (2005). «High blood pressure was associated with cognitive function in middle-age in the Whitehall II study». *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(12), 1308-1315. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.03.016>

Staessen, J.A., Wang, J., Bianchi, G. et Birkenhäger, W.H. (2003). «Essential hypertension». *The Lancet*, 361(9369), 1629-1641. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13302-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13302-8)

Statistique Canada. (2022). «Principales causes de décès au Canada, 2020» [Tableau CANSIM 102-0561]. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401>

Taylor, C., Tillin, T., Chaturvedi, N., Dewey, M., Ferri, C.P., ... Stewart, R. (2013). «Midlife hypertensive status and cognitive function 20 years later: The Southall and Brent revisited study». *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1489-1498. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jgs.12416>

Voyer, P. et Danjou, C. (2021). *Les troubles neurocognitifs majeurs*. Dans P. Voyer (dir.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (3^e éd.), Montréal : Éditions du nouveau pédagogique (p.52-80).

Whitmer, R.A., Sidney, S., Selby, J., Johnston, S.C. et Yaffe, K. (2005). «Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life». *Neurology*, 64(2), 277-281. Repéré à <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000149519.47454.F2>

Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. (2003). «Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control—Main results of the PREMIER clinical trial». *JAMA*, 289(16), 2083-2093. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jama.289.16.2083>

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., ... Varigos, J. (2004). «Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries

(the INTERHEART study): Case-control study». *The Lancet*, 364(9438), 937-952. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17018-9)

Zhou, D., Xi, B., Zhao, M., Wang, L. et Veeranki, S.P. (2018). «Uncontrolled hypertension increases risk of all-cause and cardiovascular disease mortality in US adults: The NHANES III Linked Mortality Study». *Scientific Reports*, 8(1), 9418. Repéré à <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27377-2>

Fais du CISSS de la Gaspésie TA destination!

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie Québec

Visite notre site Web et découvre tous les avantages dont tu pourrais bénéficier!

Crédit d'impôt pour nouveau diplômé

Programme Bienvenue en Gaspésie

Séjour exploratoire

www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/ma-carriere

Le Médecin du Québec

la référence en développement
professionnel continu pour la première ligne

- 1 **Revue mensuelle**
- 2 **Version numérique seulement** (Web et tablette)
- 3 **Accès au post-test mensuel et possibilité d'heures d'activité de DPC reconnues**
- 4 **Tarif préférentiel* pour les membres de l'OIIQ : 200 \$ par année**
- 5 **Offre d'une durée limitée**



Abonnez-vous
dès maintenant !



* Prix habituel : 300 \$ par année

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC



FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

À PROPOS DE L'ABCdaire du suivi collaboratif des 0-5 ans

par JULIE POIRIER, IPSPL,
CISSS-CA, professeure UQAR,
JACYNTHÉ DUFOUR, IPSPL, CISSS-CA,
professeure UQAR,
GILLES COSSETTE, IPSPL,
D^r DOMINIQUE COUSINEAU, pédiatre CHU
Sainte-Justine – Université de Montréal,
D^r DANIELLE LEMIEUX,
Université de Montréal, D^r GILLES BRUNET,
médecin de famille, et D^r LISE BÉLANGER,
pédiatre

L'ABCdaire du suivi collaboratif des 0-5 ans
offre à l'infirmière un recensement mis
à jour des meilleures pratiques issues de
la littérature scientifique, des énoncés
de principes et des recommandations de
santé publique en vigueur.

RÉPONSES EN PAGE 48

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- | Question | Vrai | Faux |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 01. Pour utiliser l'outil ABCdaire auprès de la clientèle 0-5 ans, il n'est pas nécessaire d'avoir une formation spécifique. C'est un gabarit de suivi avec des cases à cocher de type « check list ». | ☐ | ☐ |
| 02. Le recueil des données de base et d'identification des facteurs de risque est inutile lors de la première visite. | ☐ | ☐ |
| 03. L'infirmière a l'obligation d'effectuer une évaluation clinique rigoureuse, ce qui implique, entre autres, qu'elle doit être faite au moment opportun; elle doit obtenir toutes les données pertinentes à la situation de santé de l'enfant. L'évaluation doit aussi être réalisée avec justesse, ce qui requiert que l'infirmière intervienne avec compétence. | ☐ | ☐ |
| 04. Il est nécessaire qu'un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) valident l'examen physique fait par l'infirmière lors de ses suivis ABCdaire 0-5 ans. | ☐ | ☐ |
| 05. L'infirmière peut décider d'ouvrir une clinique pédiatrique pour assurer le suivi des enfants de 0 à 5 ans de manière autonome et être la seule professionnelle dans ce suivi. | ☐ | ☐ |



La visioconférence en CHSLD

Une stratégie pandémique gagnante pour briser l'isolement des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs

par **MARIE-SOLEIL HARDY, inf., Ph. D., CAMILLE SAVOIE, inf., Ph. D., et PHILIPPE VOYER, inf., Ph. D.**

Cet article présente les résultats d'une étude québécoise sur l'utilisation de la visioconférence pour préserver les contacts entre les personnes âgées vivant en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) et leurs proches en contexte de la pandémie de COVID-19.

Il y a maintenant plus de trois ans, la pandémie de COVID-19 a bouleversé le monde entier. Cette crise a particulièrement touché les personnes âgées. De la fin du mois de mars 2020 à la mi-mai 2021, les Canadiens et Canadiennes de 65 ans et plus ont représenté 64 % des décès excédentaires et 93 % des décès attribuables à la COVID-19 (Statistique Canada, 2021a). Les décès excédentaires font référence à la surmortalité, soit le nombre de décès durant cette période comparé au nombre de décès survenus durant une période antérieure au sein de la même population (Statistique Canada, 2021b).

Pendant la première vague de la pandémie mondiale, 3 décès sur 4 au Québec se sont produits chez des personnes de 80 ans et plus. Les personnes âgées sont plus vulnérables à la COVID-19 en raison notamment de la prévalence élevée de comorbidités (Colpron, 2020). Elles sont aussi plus vulnérables aux répercussions de la COVID-19, soit être hospitalisées, avoir des complications de santé et décéder des suites du virus.

La pandémie n'a pas épargné le système de santé québécois. Elle a fait des ravages dans les CHSLD. Parmi l'ensemble des décès liés à la COVID-19 dénombrés au Québec chez les personnes âgées, 70 % se sont produits en CHSLD. Leurs résidents étant parmi les plus vulnérables de la population, la COVID-19 a sévi gravement dans ces milieux.

INTERDICTION DES VISITES

Pour diminuer la transmission et la propagation du virus, le gouvernement du Québec a imposé des restrictions

sévères limitant les visites dans les CHSLD. Pendant plusieurs mois, ils ont été fermés à tous les visiteurs, empêchant notamment aux proches de se rendre auprès des résidents. Cette mise en quarantaine a eu des effets néfastes autant chez les personnes âgées que chez les proches. Une étude récente confirme que la quarantaine a contribué à une aggravation aiguë et dramatique des symptômes cognitifs et comportementaux chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (Rainero et al., 2020).

L'aggravation du sentiment d'isolement social, ainsi que l'augmentation des taux de dépression et d'anxiété ont été observées chez les résidents (Santini et al., 2020). Selon une étude américaine d'envergure réalisée dans 15 000 centres d'hébergement, l'isolement des résidents, les mesures de confinement et les visites limitées ou interdites ont précipité le décès de nombreuses personnes âgées dans les centres de soins de longue durée (Cronin et Evans, 2022).

Les restrictions et les interdictions de visites ont également eu des retombées sur les proches des personnes âgées hébergées (Cronin et Evans, 2022; Rainero et al., 2020), notamment des augmentations significatives d'anxiété (45,9 %), de dépression (18,6 %), d'irritabilité (26,2 %) et de détresse (28,9 %) (Cronin et Evans, 2022).

La présence de la famille joue un rôle vital dans le bien-être des résidents, elle favorise leur qualité de vie et diminue la mortalité (Tupper, Ward et Parmar, 2020). Les résidents des CHSLD sont particulièrement vulnérables à l'isolement social et à la solitude (Baker et al., 2018). Trop souvent, leur environnement est

dépourvu de stimuli physiques. De plus, ils n'ont pas assez d'interactions avec des personnes ayant pour eux une signification personnelle capable de susciter des réactions émotionnelles. Malgré les troubles cognitifs, ils ont besoin d'être stimulés et d'interagir socialement. Les infirmières doivent être à l'affût des besoins de communication et de stimulation des résidents. En collaboration avec le personnel soignant, elles doivent leur fournir l'aide nécessaire pour maintenir des contacts avec leurs proches.

Afin d'atténuer les effets négatifs des mesures de confinement, des chercheurs ont eu recours à des technologies permettant de maintenir un contact entre des personnes âgées et leurs proches, et ainsi, protéger leur état mental et physique (Hado et Friss Feinberg, 2020; Noone et al., 2020; Tsai et al., 2020). Ces études montrent, entre autres, que l'utilisation d'appareils électroniques pour créer un contact avec les proches diminue de façon importante leur sentiment de solitude,

améliore leurs capacités physiques et leur vitalité, et favorise la gestion de la douleur.

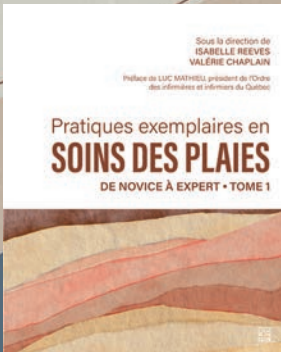
À notre connaissance, notre étude est la première au Québec à se pencher sur l'utilisation de la visioconférence comme moyen de maintenir un lien entre des personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs et leurs proches en contexte de pandémie. Cet article présente également des résultats sur l'acceptabilité de la vidéoconférence par les résidents, les proches aidants (famille, amis et bénévoles) et le personnel soignant.

DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

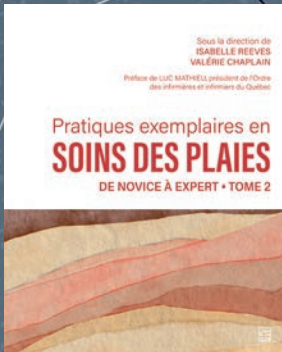
Le but de cette étude est d'évaluer le processus de mise en œuvre, la viabilité et l'acceptabilité d'interventions visant à privilégier la présence des proches, en personne ou virtuellement, et les effets de ces interventions chez les résidents et leurs proches, ainsi que leurs coûts. La méthodologie de l'étude est décrite dans le **Tableau 1**.

Tableau 1
MÉTHODOLOGIE

DEVIS	L'étude a été réalisée selon un devis de recherche évaluatif (Sidani et Braden, 2011) et une étude de cas multiples.
ÉCHANTILLON	Quatre (4) centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) de la région de Québec et de Chaudière-Appalaches : • 4 gestionnaires; • 17 membres du personnel soignant; • 27 proches; • 27 résidents.
INTERVENTION	Une rencontre par semaine par visioconférence entre le résident et son proche pendant 12 semaines consécutives.
COLLECTE DES DONNÉES	• 171 entrevues semi-dirigées auprès des gestionnaires, du personnel soignant, des proches et des résidents; • 323 journaux de bord complétés par les proches après chaque vidéoconférence.
OUTILS DE MESURE	Auprès des personnes âgées : • Échelle de détérioration globale de Reisberg : mesure de la progression des problèmes cognitifs • Score profil ISO-SMAF : évolution de l'autonomie • QUALIDEM : mesure du niveau de bien-être psychologique et de la qualité de vie • Cornell Scale for Depression in Dementia : mesure de la fréquence et la gravité des signes de dépression Auprès des proches : • Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique : mesure de la détresse psychologique.
ANALYSES DES DONNÉES	• Analyses statistiques descriptives • Analyses de contenu thématique.
CADRE THÉORIQUE	<i>Theoretical Framework of Acceptability</i> (Sekhon, Cartwright et Francis, 2017)



ISBN 978-2-7637-5277-8 • 180,00 \$



ISBN 978-2-7637-5892-3 • 150,00 \$

Votre référence pour une prise en charge complète en soins des plaies

Une ressource essentielle pensée dans une optique d'interventions multidisciplinaires centrées sur le patient

Commandez vos livres dès maintenant!



Presses de l'Université Laval
www.pulaval.com



Conseil des arts du Canada / Canada Council for the Arts



RÉSULTATS

À partir des données recueillies lors des entrevues avec les participants, des résultats partiels sont présentés ci-dessous, dont les éléments démontrant une acceptabilité favorable de la visioconférence et les défis soulevés par son utilisation avec des résidents atteints de troubles neurocognitifs.

Les gestionnaires et le personnel soignant

Lors des entrevues, les gestionnaires ont discuté de l'impact important de la COVID-19 sur les résidents et leurs proches. Ils ont relevé que l'interdiction des visites a eu des répercussions importantes sur l'état de santé physique et mentale des résidents. Ces derniers ont d'ailleurs témoigné de leurs sentiments de détresse, de solitude et d'anxiété.

Les gestionnaires ont souligné accorder une grande importance à la présence des proches et à la préservation de leurs liens avec les résidents. Afin de les maintenir malgré l'interdiction des visites, les gestionnaires et les équipes soignantes ont trouvé plusieurs solutions de remplacement : par exemple, des visites de part et d'autre d'une fenêtre ou encore « en parloir » avec dispositif de séparation. Pour pouvoir utiliser la visioconférence, ils ont dû adapter l'horaire des soins.



« Au niveau des soins, nous essayons toujours de nous adapter avec les habitudes et la routine de vie du résident. Par exemple, si la personne aime dormir plus longtemps, nous pouvons retarder l'heure des soins après le lever [...]. Nous avons une grande capacité de flexibilité et d'adaptation pour bien organiser nos activités. »

GESTIONNAIRE 1 - ÉTABLISSEMENT 1

La pandémie de COVID-19 et les restrictions sanitaires imposées ont entraîné d'importantes répercussions sur les résidents et leurs proches.



« Cela a eu un impact très grand parce que les visites des proches aidants n'ont pas recommencé. De mars à juillet, personne n'a pu voir leur proche. On a vu des impacts sur l'état de santé et l'état mental des résidents. »

GESTIONNAIRE 1 - ÉTABLISSEMENT 4

Selon plusieurs membres du personnel rencontrés, la vidéoconférence a permis de maintenir la santé psychologique des résidents malgré l'interdiction des visites.



« Les appels vidéo étaient leurs seuls petits moments précieux. Moi, je pense que cela a aidé à leur santé psychologique. »

PROFESSIONNEL 1 - ÉTABLISSEMENT 5

De plus, la visioconférence a permis de stimuler des résidents ayant des troubles neurocognitifs sévères.



« Une madame ce matin, elle dormait. Je me suis assise à côté d'elle, j'ai appelé son fils puis je l'ai mis sur « speaker ». Quand son fils a commencé à parler, elle s'est éveillée et a commencé à faire des sons. »

PROFESSIONNEL 3 - ÉTABLISSEMENT 5

Plusieurs membres du personnel ont été impliqués dans le déroulement des communications résidents-proches, soit les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires, les techniciens en loisir et les éducateurs spécialisés. Les membres du personnel participant à l'étude ont apprécié d'aider les résidents à se servir de tablettes électroniques et ont mentionné se sentir compétents et confiants dans leur rôle. Les gestionnaires ont d'ailleurs déclaré que le soutien des professionnels durant les visioconférences était essentiel au bon déroulement des rencontres.



« Le personnel reste avec le résident la plupart du temps. On a quelques résidents qui peuvent rester seuls, mais on n'en a pas beaucoup qui sont autonomes. L'employé a aussi donné des nouvelles des résidents à leurs proches. Il est resté pendant les rencontres pour tenir les tablettes. »

GESTIONNAIRE 1 - ÉTABLISSEMENT 4

Néanmoins, les membres du personnel ont mentionné qu'assister les résidents dans leur communication représentait parfois un défi dans leur travail, tout comme les problèmes technologiques rencontrés. Ainsi, l'intégration des visioconférences dans l'horaire de soins et les tâches professionnelles a pu nécessiter des ajustements pour éviter une surcharge de travail.



« On laisse la tablette au résident s'il est indépendant. Dans le cas contraire, on reste avec lui tout au long des rencontres pour s'assurer qu'il est éveillé, pour le stimuler et pour garder la tablette. »

PROFESSIONNEL 3 - ÉTABLISSEMENT 4

En plus des tablettes électroniques, d'autres équipements ont pu être utilisés. Un combiné de téléphone branché à une tablette a permis à des personnes âgées ayant des problèmes d'audition de profiter de la visioconférence. L'écran de la télévision a parfois servi à projeter une plus grande image que sur une tablette.



« Nous avons des télévisions que nous pouvons utiliser pour diffuser l'appel vidéo sur un plus grand écran que sur une tablette. C'est une astuce très appréciée pour accommoder nos résidents, surtout ceux qui souffrent de troubles cognitifs. Les résidents ont parfois de la difficulté à bien voir sur le petit écran de la tablette. »

GESTIONNAIRE 1 - ÉTABLISSEMENT 1

Les résidents et les proches aidants

L'interdiction et les restrictions de visite durant la pandémie ont aussi eu des répercussions sur les proches.



« C'est difficile parce que ce sont les derniers moments de sa vie. Elle est âgée et elle n'a pas sa famille autour d'elle. [...] C'est attristant de perdre autant de temps à ne pas la voir. J'ai peur qu'elle se sente seule. On aimerait ça lui apporter de la chaleur humaine. »

PROCHE AIDANT 1 - ÉTABLISSEMENT 1

Les proches ont apprécié de pouvoir communiquer avec les résidents à l'aide des tablettes électroniques.



« Essentielle (la visioconférence), surtout dans les circonstances où on ne pouvait pas la voir. On est son rayon de soleil. Je suis capable de la faire rire et ça veut dire qu'elle va bien. La visio permet ça. Voir ma sœur sur FaceTime était un grand plaisir, ça nous faisait du bien. »

PROCHE AIDANT 4 - ÉTABLISSEMENT 4

Il semble également que plus la fréquence des visioconférences était élevée, plus certains résidents réagissaient.



« Mes sœurs et moi, on s'est rendu compte qu'en le faisant chaque jour, elle était beaucoup plus réactive que maintenant qu'on le fait une fois par semaine. On a remarqué que la fréquence des appels changeait les réactions de ma mère. Plus on l'appelait souvent, plus elle réagissait. »

PROCHE AIDANT 1 - ÉTABLISSEMENT 1

Certains résidents atteints de déficits cognitifs sévères n'étaient pas en mesure de s'exprimer verbalement. Ils ont tout de même manifesté leur satisfaction, notamment en souriant, en émettant des sons forts d'excitation et en tapant des mains à la vue de leur proche apparaissant sur l'écran de la tablette électronique.

Plusieurs résidents ont pu verbaliser leur appréciation.



« J'aime la petite télé parce que je peux les voir et puis, je peux leur parler. J'aime parler à mes enfants. »

RÉSIDENT 5 - ÉTABLISSEMENT 1

Bien que leur appréciation de la visioconférence soit positive, plusieurs proches soulignent que les visites en personne sont plus humaines et mieux adaptées à l'état des résidents. Elles permettent de les toucher, de leur prodiguer des soins, tels les peigner et les faire manger, et de faire avec eux des activités comme regarder la télévision. De plus, certains mentionnent que la visioconférence leur demande parfois un effort plus important pour alimenter la conversation.



« Ça me demande beaucoup d'efforts parce que je suis la seule à communiquer. [...] Je lui répète que je l'aime, que je pense à elle tous les jours. Ça fait du bien de la voir, de garder un contact, mais ça demande quand même des efforts parce qu'on doit pas mal parler tout seul. »

PROCHE AIDANT 1 - ÉTABLISSEMENT 1

Éléments positifs et négatifs

L'un des points positifs importants de la visioconférence est de pouvoir garder contact avec des proches qui habitent loin géographiquement ou pas en mesure de se déplacer physiquement.

Un professionnel a raconté une visioconférence entre un résident et ses petits-enfants en Colombie-Britannique.



« Il y a des résidents qui ont eu la chance de parler à leurs petits-enfants en Colombie-Britannique. Grand-papa était tellement content de pouvoir parler à sa petite-fille à travers les arbres, c'était comme un miracle pour lui. Et ça ne se serait jamais passé sans ça. »

PROFESSIONNEL 4 - ÉTABLISSEMENT 1

Les soins infirmiers au CISSS de Laval

Choisissez parmi plus de 20 spécialités dont :

- Continuum mère-enfant
- Hémato-oncologie
- Néphrologie-télémétrie
- Pédiatrie
- Santé mentale
- Soins intensifs
- Urgence

et bâtissez une carrière à **votre** mesure.



Vous hésitez encore?
Balayer ce code bidimensionnel

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

Ton style,
notre identité

Christopher Jackson, infirmier clinicien à Laval

La visioconférence crée aussi des moments uniques, par exemple lorsqu'un proche a montré son chien à sa mère.



« Avec ma tablette, je peux lui montrer mon chien. Avant, quand elle venait chez moi, mon chien se couchait toujours sur elle. Quand je lui ai montré mon chien, elle a fait un gros sourire. »

PROCHE AIDANT 3 - ÉTABLISSEMENT 1

La visioconférence permet de faire visiter des lieux familiers à l'aîné qui lui sont maintenant inaccessibles.



« La semaine passée, j'ai assisté à un zoom où la fille de la résidente lui montrait sa cabane à sucre. Elle lui disait : "Maman, tu mettais où tes trucs ?" C'était tellement de beaux moments. »

PROFESSIONNEL 4 - ÉTABLISSEMENT 1

Pour les proches, la visioconférence est parfois décevante à cause de l'état de santé fluctuant de la personne résidente.



« On ne sait jamais dans quel état elle va être. On a des périodes où elle est très somnolente. C'est décevant parce que l'appel se termine, il ne s'est rien passé et c'était la seule séance de la semaine. On est triste dans ce temps-là. »

PROCHE AIDANT 1 - ÉTABLISSEMENT 1

L'environnement dans lequel se déroule la visioconférence peut être bruyant et déconcentrer les résidents.



« Il y a beaucoup de bruits aux alentours. Je suis toujours là à lui parler fort. Elle comprend moins, elle est moins attentive. »

PROCHE AIDANT 6 - ÉTABLISSEMENT 1

Enfin, la présence d'un membre du personnel pendant la visioconférence peut brimer l'intimité entre les résidents et leurs proches.

Les points positifs et négatifs sur l'utilisation de la visioconférence mentionnés par les proches sont résumés dans le **Tableau 2**.

VOS COLLÈGUES VOUS REMERCIENT!

La Fondation de l'OIIQ et ses boursiers remercient chaleureusement les infirmières et infirmiers qui ont fait un don lors de l'inscription au Tableau 2024-2025. En offrant un soutien financier, vous encouragez les études en sciences infirmières et le développement professionnel de collègues, partout au Québec. L'an dernier, près d'une trentaine de professionnels ont bénéficié de bourses d'études de la Fondation



Découvrez comment la Fondation soutient le développement de la profession à fondationoiiq.org



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

Tableau 2
PERCEPTION DES PROCHES DE LA VISIOCONFÉRENCE

POINTS POSITIFS	• Maintien des contacts avec des proches éloignés • Facilitant pour les proches ne pouvant se déplacer (limitations physiques) • Création de moments uniques • Peu coûteux en temps et en argent
POINTS NÉGATIFS	• Durée plus courte des rencontres • Difficulté à trouver des sujets de conversation • État de santé altéré des résidents qui influence la qualité des rencontres • Environnement bruyant • Absence d'intimité

IMPLICATIONS CLINIQUES

Les résultats de cette étude montrent la pertinence de poursuivre les visioconférences dans les CHSLD au-delà du contexte exceptionnel de la pandémie. Cette étude confirme que les personnes âgées et les proches apprécient positivement les communications à l'aide de tablettes électroniques. D'ailleurs, nos résultats corroborent ceux obtenus par des recherches ultérieures révélant que les résidents d'établissements de soins de longue durée étaient heureux et souhaitaient utiliser la visioconférence pour communiquer avec leur famille ou leurs amis (Zamir et al., 2018).

De plus, la visioconférence demeure une option lorsqu'il y a interdiction de visites à cause d'éclosions de virus, telles la gastroentérite ou l'influenza. Elle aide à maintenir

des contacts entre les résidents et leurs proches même s'ils sont géographiquement éloignés ou n'ont ni le temps, ni les capacités de se déplacer physiquement. Ainsi, des chercheurs démontrent que la visioconférence permet à l'entourage éloigné de réduire l'isolement social des résidents et d'atténuer leur solitude (Siniscario, Love-Williams et Burnett-Wolle, 2017).

Par ailleurs, les personnes âgées ne sont pas toujours en mesure d'effectuer leurs communications de façon autonome. L'infirmière pourrait offrir un accompagnement et un soutien aux personnes âgées qui souhaitent utiliser la visioconférence avec une tablette électronique (Tableau 3).

Tableau 3
STRATÉGIES POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS PROCHES LORS D'UNE VISIOCONFÉRENCE

AVANT LA RENCONTRE	• Planifier la visioconférence avec les proches et les accompagner dans les étapes de connexion, au besoin. • Déterminer à l'avance une durée approximative de la rencontre. • Faire la visioconférence à un moment de la journée qui semble le plus favorable pour l'ainé. • Choisir un endroit propice à la communication : éliminer les autres sources de stimuli (p. ex. : télévision, circulation), prêter attention à l'éclairage (p. ex. : le reflet de la lumière extérieure provenant des fenêtres) et s'assurer que l'échange ne soit pas interrompu par une personne se présentant de façon impromptue. • Dans certains cas, établir la communication avec la personne proche sans la présence de l'utilisateur afin de s'assurer de sa participation à la visioconférence et éviter à l'utilisateur de subir un refus.
PENDANT LA RENCONTRE	• Positionner la tablette électronique en fonction des caractéristiques et problématiques physiques de l'utilisateur (p. ex. : surdité d'une oreille, dégénérescence maculaire, héminégligence). • Afin d'assurer une certaine intimité, laisser l'ainé seul pendant l'appel s'il n'a pas besoin d'accompagnement, et vérifier de temps à autre si tout se déroule bien. • Au besoin, alimenter les discussions en encourageant les proches à : - parler de ce qu'ils ont fait au cours de leur journée ou de leur semaine en mettant l'accent sur le positif; - rappeler un souvenir heureux et lointain avec précision; - demander conseil à l'utilisateur et, ainsi, augmenter son sentiment d'utilité et de compétence; - lui faire faire une visite virtuelle des lieux dans lesquels ils se trouvent ou encore, lui montrer un objet empreint de signification; - chanter, mettre de la musique. • Recadrer les questions susceptibles de mettre en échec la personne dans sa capacité d'y répondre ou de provoquer de l'anxiété. • Faire attention au non-verbal de la personne pour repérer les signes de fatigue, d'inconfort ou de joie. • S'assurer que la rencontre se termine sur une note positive autant que possible.
APRÈS LA RENCONTRE	• Faire un bref retour avec l'utilisateur. • Offrir une rétroaction aux proches lorsque possible ou en cas d'éléments particuliers pendant l'échange ou à sa suite.

Les proches peuvent aussi avoir besoin d'accompagnement dans leurs communications avec les résidents, notamment grâce à diverses stratégies pour que la visioconférence se déroule bien et soit agréable tant pour eux que pour l'ainé. Ces stratégies sont encore plus importantes lorsque les appels s'effectuent avec une personne atteinte de troubles neurocognitifs majeurs. À cet effet, le professeur Philippe Voyer a réalisé une capsule vidéo pour aider les proches à se préparer adéquatement à effectuer une visioconférence ou un appel téléphonique avec une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer (Voyer, 2021). Ces stratégies peuvent aussi s'appliquer dans d'autres milieux de soins, tels les établissements de soins aigus. Une recherche sur l'utilisation des tablettes électroniques en contexte hospitalier s'est récemment terminée. Les résultats seront diffusés prochainement.

EN CONCLUSION

Cette étude montre l'importance des contacts fréquents entre les proches et les résidents atteints de troubles neurocognitifs, quel que soit le type de contact établi. En interdisant les visites dans les CHSLD, la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions importantes sur les résidents et leurs proches. Bien que les rencontres en personne soient perçues comme irremplaçables, les participants mentionnent que les rencontres virtuelles, à l'aide de tablettes électroniques, sont complémentaires. Elles offrent d'autres opportunités de communications et de stimulations. Certains défis sont associés à l'utilisation de la technologie. Des stratégies peuvent être mises en place par les infirmières et le personnel soignant afin de faciliter les communications virtuelles et s'assurer d'une expérience positive pour toutes et tous. •

LES AUTEURS

MARIE-SOLEIL HARDY

Inf., Ph. D.

Professeure adjointe et directrice du programme de doctorat en sciences infirmières à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Chercheuse au Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches.

PHILIPPE VOYER

Inf., Ph. D.

Professeur titulaire et vice-doyen aux études de premier cycle et à la formation continue à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, au Réseau québécois de recherche sur le vieillissement et au Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches.

CAMILLE SAVOIE

Inf., Ph. D.

Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Chercheuse au Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches et au Réseau de recherche en sécurité routière du Québec.

RÉFÉRENCES

- Baker, S., Warburton, J., Waycott, J., Batchelor, F., Hoang, T., ... Vetere, F. (2018). «Combating social isolation and increasing social participation of older adults through the use of technology: A systematic review of existing evidence». *Australasian Journal of Ageing*, 37(3), 184-193. Repéré à <https://doi.org/10.1111/ajag.12572>
- Colpron, S. (2020, 3 mai). «La vieillesse, pas le seul facteur de risque». *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/covid-19/2020-05-03/la-vieillesse-pas-le-seul-facteur-de-risque>
- Cronin, C.J. et Evans, W.N. (2022). «Nursing home quality, COVID-19 deaths, and excess mortality». *Journal of Health Economics*, 82, 102592. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102592>
- Hado, E. et Friss Feinberg, L. (2020). «Amid the COVID-19 pandemic, meaningful communication between family caregivers and residents of long-term care facilities is imperative». *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4-5), 410-415. Repéré à <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1765684>
- Noone, C., McSharry, J., Smalle, M., Burns, A., Dwan, K., ... Morrissey, E.C. (2020). «Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: A rapid review». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(CD013632). Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd013632>
- Rainero, I., Bruni, A.C., Marra, C., Cagnin, A., Bonanni, L., ... Ferrarese, C. (2020). «The impact of COVID-19 quarantine on patients with dementia and family caregivers: A nation-wide survey». *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 625781. Repéré à <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.625781>
- Santini, Z.I., Jose, P.E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., ... Koushede, V. (2020). «Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis». *The Lancet / Public Health*, 5(1), e62-e70. Repéré à [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30230-0)
- Sekhon, M., Cartwright, M. et Francis, J.J. (2017). «Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework». *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Sidani, S. et Braden, C.J. (2011). «Design, evaluation, and translation of nursing interventions». Malden, MA: Wiley-Blackwell. Repéré à <https://doi.org/10.1002/9781118785553>
- Siniscarco, M.T., Love-Williams, C. et Burnett-Wolle, S. (2017). «Video conferencing: An intervention for emotional loneliness in long-term care». *Activities, Adaptation & Aging*, 41(4), 316-329. Repéré à <https://doi.org/10.1080/01924788.2017.1326763>
- Statistique Canada. (2021a). «Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les Canadiens âgés». Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2021001/article/00008-fra.htm>
- Statistique Canada. (2021b). «Covid-19 et décès chez les Canadiens âgés: Surmortalité et effets de l'âge et de la comorbidité». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19/recherches-donnees-epidemiologiques-economiques/surmortalite-effets-age-comorbidite.html#a2>
- Tsai, H.-H., Cheng, C.-Y., Shieh, W.-Y. et Chang, Y.-C. (2020). «Effects of a smartphone-based videoconferencing program for older nursing home residents on depression, loneliness, and quality of life: A quasi-experimental study». *BMC Geriatrics*, 20(27). Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12877-020-1426-2>
- Tupper, S.M., Ward, H. et Parmar, J. (2020). «Family presence in long-term care during the COVID-19 pandemic: Call to action for policy, practice, and research». *Canadian Geriatrics Journal*, 23(4), 335-339. Repéré à <https://doi.org/10.5770/CGJ.23.476>
- Voyer, Philippe. (2021). «Les capsules Web du professeur Voyer. Capsule vidéo 57: Préparer son appel téléphonique à une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer». Repéré à <https://www.youtube.com/watch?v=zmyUA5c2fQ0etlist=PLDeZyroxjyARWgFxIoKS3vJlPp72mu1qPetindex=62>
- Zamir, S., Hennessy, C.H., Taylor, A.H. et Jones, R.B. (2018). «Video-calls to reduce loneliness and social isolation within care environments for older people: An implementation study using collaborative action research». *BMC Geriatrics*, 18(62). Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0746-y>

TON AVENIR EN SANTÉ



POSTULE À :
PASSEZALEST.COM

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

Québec





Consolider l'identité professionnelle des infirmières

Sous la perspective de la pénurie, de la collaboration et de l'expertise

par CATHERINE BOULET-GENDRON, IPSSA, M. Sc., D.E.S.S. en soins à la clientèle adulte, JADE BRIEN, inf., B. Sc. inf., D.E.S.S. en soins de première ligne, VALÉRIE ALLARD, B. Sc. inf., M. Sc. (c), et MARIE-PHILIPPE TREMBLAY, inf., B. Sc. inf., M. Sc. (santé publique)

L'identité professionnelle de l'infirmière se construit et se développe au fur et à mesure de son cheminement et de ses expériences. Plus cette identité est forte, plus le sentiment d'appartenance à la profession l'est aussi. Ainsi, les infirmières affirment leur identité, valorisent leur expertise et optimisent leur champ de pratique. Cet article explore l'identité professionnelle infirmière sous trois perspectives : la pénurie, la collaboration et l'expertise.

L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

L'identité professionnelle est un processus dynamique et interactif de construction d'une représentation de soi (Gohier et al., 2001; Larouche, 2012). Elle fait référence à l'identité sociale ancrée dans une profession, laquelle se construit, se concrétise et se consolide avec l'expérience et l'exposition cliniques cumulées lors du parcours professionnel.

L'identité professionnelle est le produit d'une intégration des savoirs professionnels. Sa construction est influencée par les conditions relationnelles congruentes (sentiment d'être soi) et le sentiment de contiguïté avec l'autre (sentiment de proximité et de confiance avec l'autre, peu importe de qui il s'agit). L'Encadré 1 présente les trois phases de cette identité.

Encadré 1

LES TROIS PHASES DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

1. L'éveil (prise de conscience de soi sous plusieurs angles)
2. L'exploration (réflexion et retour sur soi)
3. L'engagement (détermination d'une voie à suivre/évaluation, formation continue/implication dans sa profession, participation aux comités touchant la profession et création d'un portfolio comme futur professionnel)

Ces phases sont toutes essentielles. Toutefois, elles peuvent être vécues de différentes façons, ce qui se répercute sur le sentiment d'engagement.

L'identité professionnelle est également influencée par deux pôles longitudinaux qui influencent le développement, à savoir :

1. **L'identisation** qui est le mécanisme par lequel l'individu tend à se singulariser, à se distinguer d'autrui. C'est la façon dont nous, les infirmières, nous nous distinguons des autres professionnels. Elle est influencée par les expériences personnelles, les perceptions de la profession et les attentes sociales associées au rôle d'infirmière.
2. **L'identification** réfère à la reconnaissance des ressemblances avec d'autres individus ou groupes d'appartenance. C'est la façon dont nous, les infirmières, nous nous reconnaissons dans notre profession. Ce processus consiste à reconnaître les caractéristiques d'une profession et à les intégrer à son identité professionnelle.

L'identité professionnelle est composée de quatre concepts : le Je, le Nous, la Situation et la Représentation (**Encadré 2**).

Encadré 2

LES QUATRE CONCEPTS DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

Le **Je** représente le mélange de toutes les expériences personnelles, les valeurs, les croyances, les perceptions de la personne envers elle-même (confiance en soi, estime de soi), les buts, les aspirations, les compétences, les savoirs et le parcours professionnel. Il permet à l'individu de se définir comme personne.

Le **Nous** est une facette de l'identité sociale. C'est un processus de construction par l'appropriation des caractéristiques propres à un groupe avec qui la personne partage des sentiments d'appartenance. Ce sont les relations établies et les liens créés avec les autres infirmières, la clientèle et leurs proches, les différents professionnels en santé avec qui il est nécessaire de collaborer et la profession en soi.

La **Situation** est la signification que la personne donne à ses expériences vécues tout au long de sa carrière et commence dès l'instant où l'étudiante infirmière s'assoit sur les bancs d'école. Les situations se vivent tant en milieu scolaire et universitaire qu'en milieu de stage, en formation continue, en milieu de travail et dans diverses implications. L'ensemble de ces situations ou expériences, perçues comme bonnes ou mauvaises, participe à la construction identitaire. Au départ, la notion d'inconscience prédomine puis, plus la personne devient expérimentée, plus elle est consciente que les situations ont un impact direct sur son identité professionnelle. D'ailleurs, plus les situations mènent à des remises en question et des prises de conscience, plus une identité forte et assumée se construit.

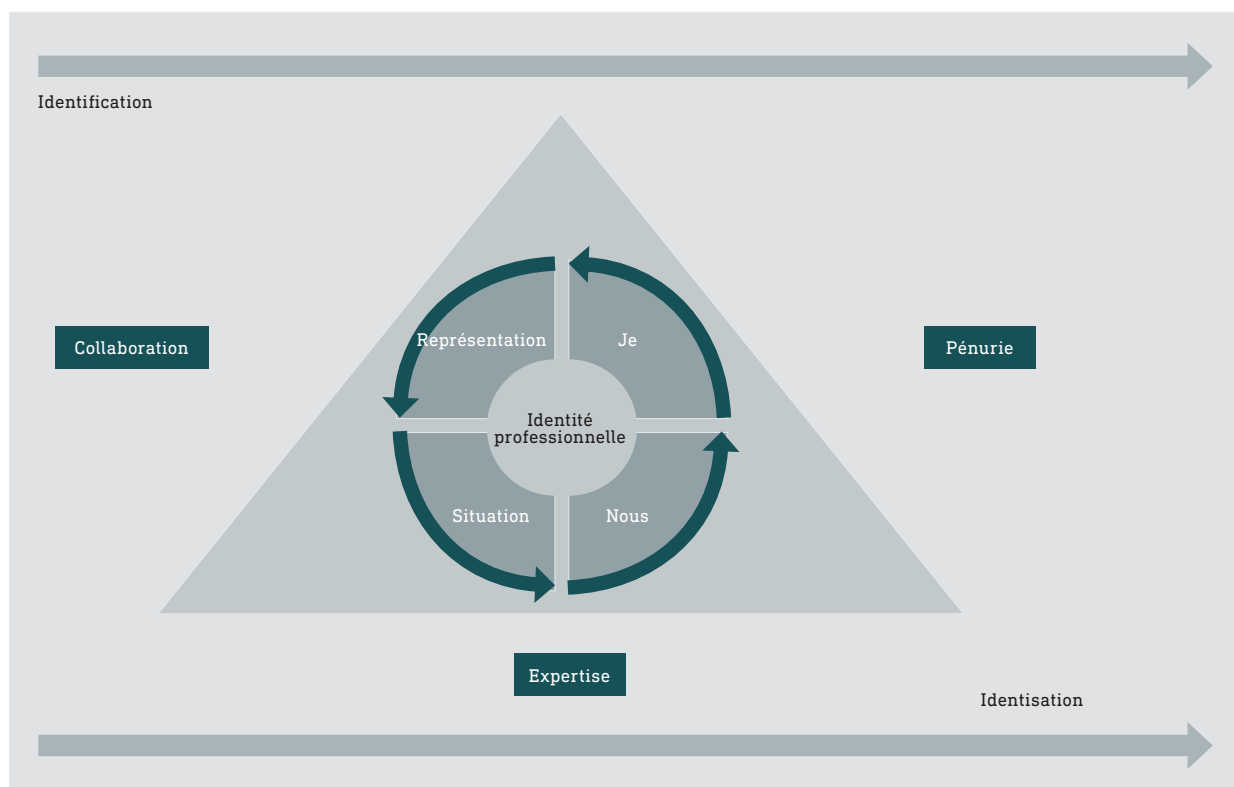
La **Représentation** est un filtre à travers lequel la personne se perçoit comme un individu et une professionnelle de la santé, mais aussi comment elle perçoit le groupe, c'est-à-dire les autres infirmières, par rapport à elle. Souvent, ce filtre est teinté par différentes rétroactions de la part de collègues, de supérieurs et des clients. Afin de développer cette représentation, une connaissance de soi par l'introspection s'avère essentielle. La façon dont l'infirmière s'exprime dans sa profession influence directement la représentation commune des soins infirmiers. Plus le sentiment d'appartenance est fort et significatif, plus il influence positivement la représentation de l'identité professionnelle.

Sources : Gohier et al., 2001; Larouche, 2012.

La **Figure 1** schématise la construction de l'identité professionnelle par les quatre concepts qui la composent, tout en considérant les deux pôles longitudinaux analysés selon trois perspectives.

Figure 1

L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE



Source : Boulet-Gendron et al., 2023.

LA PÉNURIE

La pénurie est un manque ou une insuffisance de ce qui est nécessaire. La pénurie peut être envisagée à la fois d'un point de vue quantitatif par le manque d'effectifs infirmiers et d'un point de vue qualitatif par la difficulté à occuper pleinement son champ d'exercice.

Les enjeux de la pénurie d'effectifs

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2020), il existe un problème d'attraction de la relève infirmière et de

rétenction du personnel déjà en place, puisque les ratios clients par infirmière sont souvent trop élevés, ce qui engendre une charge de travail excessive. Avant toute chose, il est important de mentionner l'existence de défis organisationnels vécus autant par les employées que par les gestionnaires. La pénurie d'effectifs est également expliquée par le mouvement massif des professionnelles du réseau public vers le réseau privé, ce qui amplifie la problématique. Certaines font aussi le choix de réorienter leur carrière vers divers secteurs tels que l'enseignement, la recherche, les études supérieures, la pharmaceutique

et l'assurance. La décision de quitter le réseau peut s'inscrire dans une quête de reconnaissance, d'un salaire plus élevé, de meilleures conditions de travail, mais aussi d'une certaine flexibilité, notamment la possibilité du temps partiel, de la gestion collective et de l'autogestion des horaires.

La pénurie de soins infirmiers

Selon Voyer et al. (2016), au Québec, il s'agit surtout d'une pénurie de soins infirmiers. Alors que la pénurie d'infirmières se définit par un manque de personnel, une pénurie de soins infirmiers suggère plutôt une occupation partielle du champ d'exercice infirmier par ses membres (Association canadienne des écoles de sciences infirmières Région du Québec [ACESI-RQ], 2021). En 2022, on comptait 9,2 infirmières par 1000 habitants. En comparaison, ce chiffre était de 9,0 infirmiers par 1000 habitants pour l'année 2010. Dans le même ordre d'idées, 72 000 membres étaient inscrits au Tableau de l'OIIQ en 2011-2012 et le nombre d'inscriptions a augmenté à un peu plus de 80 000 membres en 2021-2022. Alors qu'on mentionne souvent la pénurie d'infirmières, la pénurie de soins infirmiers est, elle aussi, bien réelle. Selon une étude descriptive menée par Voyer et al. (2016), en 2014, 46 % du temps de travail des infirmières était consacré à des activités à valeur non ajoutée, par exemple les activités administratives comme faire des photocopies et la comptabilisation des statistiques de soins. Lorsqu'une infirmière doit réaliser une activité pouvant être exercée par un autre membre de l'équipe de soins infirmiers, tel qu'un prélèvement sanguin, c'est aussi une activité à valeur non ajoutée. Pendant que les infirmières dérogent de leur champ d'expertise, 18 % des tâches effectuées sont des activités à valeur non ajoutée. Il est donc primordial de cesser de voir les infirmières comme des « bras », mais plutôt comme des professionnelles à part entière, détenant une expertise propre à leur domaine de pratique (OIIQ, 2023). En fait, en demandant à l'infirmière d'être « trop polyvalente », ni son expertise ni son champ d'exercice ne sont reconnus à leur juste valeur, ce qui contribue au phénomène

de la pénurie. Il faut davantage de reconnaissance quotidienne, de rayonnement de la pratique, d'actes à haut rendement infirmier et moins d'activités à valeur non ajoutée pour contribuer à l'épanouissement professionnel.

Les impacts de la pénurie en général sur l'identité professionnelle

Dans les deux cas, la pénurie d'infirmières et la pénurie de soins infirmiers ont toutes les deux des impacts sur l'identité professionnelle. Ces phénomènes sont vécus de deux façons distinctes. D'abord, les conséquences de ces pénuries engendrent une précarité dans les conditions de pratique des infirmières. Cela vient donc déstabiliser la perception d'elles-mêmes et, ainsi, fragiliser leur identité professionnelle par des doutes et des remises en question. Par exemple : une infirmière qui se sent non reconnue ou encore peu valorisée dans son travail sera moins encline à prendre des initiatives professionnelles, à s'impliquer dans son organisation ou encore à faire valoir son apport auprès des autres professionnelles de la santé. Cette déstabilisation participe à la fortification de son identité professionnelle, puisqu'il permet un processus réflexif et, par le fait même, une introspection professionnelle bénéfique.

En général, le contexte de pénurie de personnel peut limiter les infirmières à poursuivre leurs aspirations professionnelles. La crainte d'exacerber les ressentis de la pénurie peut en freiner bon nombre à poursuivre des études universitaires, de niveau baccalauréat ou aux cycles supérieurs. Certaines ont aussi pu décider d'abandonner leur projet de carrière en gestion ou en recherche afin de demeurer dans leur milieu clinique, là où la pénurie se fait davantage sentir. Il importe de souligner qu'à l'opposé, la pénurie de soins infirmiers peut aussi entraîner une reconstruction et un développement favorables de l'identité professionnelle. Cette pauvreté de moyens laisse place à la créativité et à l'innovation. Elle permet de penser autrement, d'évaluer des idées et de provoquer un changement afin d'améliorer les soins offerts. La pratique des infirmières évolue et met de l'avant de nouvelles manières de

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de l'Outaouais

Québec

Primes bonifiées

de soir **12%**
de nuit **14%**

Prime d'installation
pour nouveaux
gradués **3000 \$***

viensvivretespensions.ca

**CÉGEP
MARIE-VICTORIN**

**DES FORMATIONS SUR MESURE
DÉVELOPPÉES POUR VOUS**

LES **+** DE NOS FORMATIONS

**Formation professionnelle
en soins podologiques**

- La seule au Québec
offerte par un cégep

**Formations en
établissement**

- Adaptées aux
problématiques
de votre milieu

**Formations
individuelles**

- Idéales pour optimiser
votre jugement clinique

Visitez
notre site

514 278-3535, poste 5260
sante@cegepmv.ca

faire cliniques et des modèles différents d'organisation des soins, afin d'encourager le développement de savoirs spécialisés. Il est donc nécessaire de placer les infirmières au centre des restructurations, de par leur expertise, considérant qu'elles sont les mieux placées pour être des agentes de changement favorable au sein du réseau de la santé. Elles jouent un rôle privilégié auprès de la personne, de sa famille ainsi qu'auprès des équipes de soins, et elles contribuent à trouver des solutions répondant spécifiquement aux besoins ponctuels.

En guise de solution, les organisations qui investissent dans le développement professionnel continu ont un meilleur maintien de leur personnel infirmier. Il est donc possible d'en comprendre que les parties prenantes doivent se sentir interpellées par le développement professionnel et qu'elles en partagent la responsabilité. Une culture de formation pérenne ne se construit pas par la contrainte, mais plutôt par l'engouement, par des modèles inspirants et par des conditions favorables à la complétion des heures de formation continue. En effet, cela peut faire naître un désir de changement et, ainsi, favoriser une mobilisation de la part des infirmières. Par exemple, une infirmière qui n'aime pas ses conditions de travail peut décider de mettre à profit ses années d'expérience pour ouvrir une clinique de soins infirmiers et améliorer ses conditions précédentes (McCormack, 2023). Nonobstant la pénurie en cours, il importe que les infirmières se questionnent sur les actions qu'elles sont prêtes à réaliser pour s'accomplir pleinement dans leur pratique professionnelle (Ten Hoeve, Jansen et Roodbol, 2014).

LA COLLABORATION

La collaboration est au cœur de l'identité professionnelle des infirmières. En effet, elle fait partie intégrante des sept valeurs de la profession infirmière (OIIQ, 2014b). La pratique infirmière encourage la synergie dynamique entre les professionnels et les usagers de services de santé et leur famille, créant ainsi une force collective pour atteindre des objectifs communs (OIIQ/CMQ/OPQ, 2015). Chaque infirmière apporte sa touche personnelle quant à

sa façon de collaborer. Si cette touche est imprégnée de positivisme plutôt que de négativisme, cela a un impact favorable sur la perception de la profession infirmière, et ce, tant par ses membres que par les autres professionnels (Berger et Ducharme, 2019).



DÉFINITION

La **collaboration** est une approche fondamentale pour améliorer la gestion et la qualité des soins dans les systèmes de santé canadiens et mondiaux (Champagne et Gaudreault, 2019).

La collaboration interprofessionnelle

Selon Champagne et Gaudreault (2019), la collaboration interprofessionnelle et interordres est un processus grâce auquel des professionnels ou des ordres professionnels travaillent ensemble, interdépendants les uns des autres, dans le but de répondre aux besoins des utilisateurs du système de santé publique. Plus spécifiquement, certains auteurs la décrivent comme une planification des soins, une prise de décision partagée, un partenariat, une interdépendance entre les divers professionnels, ainsi qu'un échange mutuel d'expertise et de connaissances. L'objectif ultime de cette collaboration est d'optimiser la qualité des soins de santé et de services sociaux. Lorsque plusieurs intervenantes de la santé travaillent ensemble, il est crucial qu'elles soient conscientes des limites et des forces de chacune, sans oublier leur propre identité professionnelle (Careau, 2013).

Au sein des équipes de soins, chaque personne développe sa propre identité professionnelle et peut se démarquer davantage lorsque celle-ci est plus forte chez certains acteurs de la santé. En effet, les infirmières ont un champ d'exercice spécifique à leur profession. Néanmoins, si elles ne le développent pas, ne l'approfondissent pas, ne le reconnaissent pas ou ne l'appliquent pas, cela peut conduire à une méconnaissance de leur rôle par les autres professionnels et, ainsi, fragiliser la posture identitaire



SOINS
INTERMÉDIAIRES



UN MONDE D'OPPORTUNITÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

**20 ANS DE PASSION
ET D'ENGAGEMENT**

- Un horaire qui s'adapte à vos disponibilités, pas l'inverse
- Une rémunération qui valorise vos compétences
- Une prise en charge empreinte de respect et d'humanité
- La possibilité de travailler et voyager à travers le Québec
- Un réseau étendu d'établissements de santé partenaires



514-369-2424, Poste 246



recrutement@soinsintermediaire.com



www.soinsintermediaires.com/postulez

(Careau et al., 2018). De cette façon, il est possible d'assister à une délégation accrue de responsabilités non spécifiques aux infirmières, contribuant à générer un sentiment de surcharge de travail et une mésinterprétation du rôle et de l'expertise infirmière (Walton et al., 2020). Lorsque l'identité professionnelle infirmière est fragilisée, cela empêche de promouvoir les singularités de la profession (Larouche, 2012).

Cependant, il faut être sensible aux conflits découlant d'une inflexibilité dans la répartition des responsabilités selon les professions, telles que la hiérarchisation des rôles, afin d'éviter une iniquité lorsque certaines tâches peuvent être multiprofessionnelles (OIIQ, 2018). Une optimisation du travail en collaboration interprofessionnelle peut se traduire par une efficacité accrue dans les rencontres et la gestion des dossiers, ainsi que par une utilisation plus judicieuse du temps de chaque professionnelle de la santé (Careau et al., 2018). Cela contribue à fournir des soins plus efficaces pour traiter davantage de clients (Careau et al., 2018).

La collaboration intraprofessionnelle

Dans la profession infirmière, les infirmières forment une même équipe, et ce, peu importe leur spécialité ou leur lieu de travail. Le respect mutuel entre collègues est un élément fondamental pour cultiver une atmosphère de travail positive et prospère (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2020b). Cet environnement positif et encourageant la collégialité entre infirmières ouvrira la porte au développement d'une forte identité professionnelle de ses membres.

Pour la construction de cette identité, il est inévitable que les infirmières vivent des situations conflictuelles ou plus difficiles entre elles. Cependant, les échanges doivent demeurer constructifs et orientés vers la collaboration (OIIQ, 2018). Il est primordial de préserver la dignité de chacune et de maintenir une relation harmonieuse (OIIQ, 2018). Dans une optique de collaboration intraprofessionnelle, les réussites et les innovations infirmières devraient être reconnues et encouragées afin de faire avancer la profession ensemble (AIIC, 2020a). La juste reconnaissance de la valeur de la profession infirmière repose sur la construction d'une forte identité professionnelle par ses membres. Celle-ci permet de mieux comprendre le rôle, tout comme l'expertise et les limites qui en découlent. Le partage de connaissances et l'investissement dans la profession auront comme effet d'améliorer la qualité des soins apportés aux clients et à leur famille (AIIC, 2020a). Les infirmières détiennent un pouvoir collectif pour créer une synergie qui transcende la volonté de travailler conjointement pour le bien de l'ensemble des personnes concernées.

« C'est un processus relationnel et respectueux entre les collègues en soins infirmiers qui permet l'utilisation efficace des connaissances, des aptitudes et des talents de toutes les désignations infirmières pour établir et obtenir des résultats optimaux pour les clients et le système de santé. »

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2020b

L'harmonie collaborative

Le fait d'être en harmonie avec la profession infirmière tout en ayant une forte estime professionnelle permet d'adopter une posture d'ouverture et d'affirmation (Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé [CPIS], 2010). Ces postures sont importantes pour prendre la place impartie à la profession infirmière tout en collaborant avec les pairs dans le respect et la pleine reconnaissance des diverses expertises. L'implication, le partage, la saine communication et l'inspiration par des leaders infirmiers facilitent la transition vers une harmonie collaborative entre les infirmières et les autres professionnels (AIIC, 2020b; Berger et Ducharme, 2019; Careau et al., 2018).

La construction de l'identité professionnelle découlant de la collaboration

Il est important de se rappeler que les clients et leur famille sont au centre des soins (Careau et al., 2018). Ainsi, en procurant des soins individualisés de grande qualité, les infirmières auront le sentiment que leur expertise est mise en valeur (Larouche, 2012). Cela apporte un sentiment de reconnaissance de la part du client qui fortifie l'identité. Le travail d'équipe favorise la responsabilisation de chaque membre concernant les actions effectuées (Careau, 2013). Ce sentiment d'imputabilité tend à provoquer un épanouissement professionnel et un sentiment d'appartenance, puisque les interventions faites par chaque membre auront un impact direct sur la pérennité d'un objectif commun, ce qui valorise chaque intervenante (Careau, 2013).

L'EXPERTISE

Selon Benner (2000), l'infirmière acquiert une expertise en soins infirmiers en cheminant dans cinq stades : novice, débutante, avancée, compétente et experte. L'infirmière dite experte est en mesure de reconnaître les situations cliniques inattendues et d'intervenir en amont de problèmes potentiels, avant même leur survenance. Différents facteurs influencent l'expertise, tels le support clinique reçu (formation, mentorat, accompagnement), les théories infirmières, l'environnement dans lequel gravite l'infirmière, ainsi que ses diverses expériences cliniques. De fait, l'expérience clinique est une condition nécessaire à l'acquisition de l'expertise. Toutefois, elle est insuffisante. L'occurrence et le temps d'exposition à des événements ou des interactions ne confèrent pas automatiquement à l'infirmière un stade d'expertise. Ainsi, toutes les infirmières expérimentées ne sont pas des expertes (Benner, 2000; Ericsson, Whyte et Ward, 2007).



DÉFINITION

L'expertise repose sur un ensemble de compétences et de savoirs cliniques qui s'appuient sur des données empiriques, des compétences techniques, ainsi que des qualités professionnelles, relationnelles et de collaboration (Manson-Clot et al., 2005).

Le champ de pratique

La méconnaissance du champ de pratique de l'infirmière entraîne un manque d'expertise (Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière, 2021). Les fonctions et les responsabilités confiées légalement aux infirmières sont la pierre angulaire de la profession. Le champ d'exercice décrit la profession, ce qui la caractérise, de façon à en cerner la nature et la finalité. Il permet d'établir les balises et de circonscrire la portée des activités (Voyer et al., 2016). De fait, la connaissance du champ d'exercice et sa pleine étendue participent à la reconnaissance de l'expertise infirmière et à l'accroissement de l'identité professionnelle. En d'autres mots, occuper son plein champ d'exercice est essentiel. En comprenant les limites de son rôle, l'infirmière définit son identité professionnelle en plus de développer une expertise spécialisée dans les domaines relevant de sa compétence. En plus de contribuer à assurer une prestation de soins de qualité, l'occupation du plein champ d'exercice accroît la confiance du public et le respect envers la profession infirmière.

Benner (2000) souligne donc l'importance de la conscience de soi dans le développement professionnel. Comprendre ses propres limites, ses forces, ses faiblesses et ses motivations est crucial afin de progresser comme professionnelle de la santé. Cette prise de conscience permet une compréhension approfondie de soi-même, mais également de forger son identité professionnelle.

« **Ne pas savoir qui nous sommes et ce que nous sommes maintenant mettra sérieusement en péril ce que nous voulons devenir et teinte inévitablement notre expertise.** »

BENNER, 2000

L'engagement professionnel

L'infirmière doit prendre la place qui lui revient avec les moyens qu'elle détient. D'abord, il est important de souligner que l'expertise infirmière n'est pas une succession de tâches à enchaîner (OIIQ, 2023). C'est plutôt un ensemble de compétences qui permet d'analyser une situation de soins qui passe, entre autres, par le raisonnement clinique. S'engager personnellement à exercer ses activités professionnelles accroît l'expertise infirmière (Ericsson et al., 2007). Pour maintenir ses compétences et étendre ses savoirs, l'infirmière doit s'engager dans un processus de formation continue, à petite et à grande échelle. En effet, le développement des savoirs infirmiers aide à se distinguer comme professionnelle. Grâce à l'engagement, l'infirmière acquiert des compétences spécifiques et une compréhension plus nuancée des défis et de l'évolution de la profession (Larouche, 2012). Par exemple, la participation à des formations continues ou la recherche et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé contribue à être à l'affût des avancées dans le domaine de la santé, et ce, tout en renforçant l'expertise infirmière.

L'image projetée de la profession

Par ailleurs, l'image est le reflet projeté de la profession lorsque les infirmières échangent avec leurs collègues, leurs clients et leur famille, leurs gestionnaires et les médias sociaux. Ainsi, la façon des infirmières de se percevoir et de projeter leur image professionnelle s'effectue par la reconnaissance et le partage de

leur expertise, en mettant de l'avant leurs connaissances et leurs réalisations professionnelles (Ten Hoeve et al., 2014).

L'action politique

L'engagement par l'action politique contribue aussi à façonner les politiques de santé, les normes professionnelles et les ressources allouées à la profession (Ducharme, 2018). L'action politique englobe les efforts déployés par les infirmières pour influencer les décisions. Cette action est réalisable à petite échelle. Il suffit d'observer, de constater, d'informer et d'agir pour ainsi participer au changement. De fait, en s'engageant dans différentes actions politiques, les infirmières démontrent leur expertise et leur compréhension approfondie des enjeux de santé (Ducharme, 2013). Elles ont donc le pouvoir de montrer publiquement leur rôle d'actrices essentielles capables de contribuer significativement aux discussions touchant leurs expertises et l'organisation du système de santé. Le leadership infirmier est complémentaire de l'identité professionnelle des infirmières. Enfin, l'affirmation de leur expertise débute par la confiance d'oser porter la voix de la profession et de ses réalités, afin d'émettre des suggestions au sein des équipes soignantes (Hagan, 2000). Il faut donc avoir un discours qui influence en décentralisant la définition de la pratique tournant autour de l'infirmière généraliste, remplaçable, mobilisable, substitutive, subordonnée qui répond à un problème médical ponctuel. Le discours doit plutôt être axé sur l'autonomie infirmière, la professionnelle additionnelle, nécessaire et complémentaire plutôt que comme une professionnelle de la santé accessoire.

LES PISTES DE SOLUTIONS

Le **Tableau 1** résume les pistes de solutions applicables selon les sujets abordés afin de fortifier l'identité professionnelle dans la pratique clinique.

Tableau 1
PISTES DE SOLUTION POUR CONSTRUIRE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE INFIRMIÈRE SELON TROIS PERSPECTIVES

PÉNURIE	• Proposer des programmes de parrainage et de formation. • Mobiliser des mentors pour guider les nouvelles recrues. • Affirmer sa forte identité. • Faire réfléchir les infirmières sur leur pratique et leur profession. • Innover.
COLLABORATION	• Motiver la collaboration par des influences professionnelles significatives. • Se reconnaître entre collègues pour se soutenir dans l'avancée de la profession. • Clarifier les rôles, les forces et les limites de chacune. • Éclaircir la propre perception du rôle infirmier. • Évoluer dans un environnement positif et bienveillant pour atteindre une collaboration optimale. • Oser pratiquer pleinement son champ d'expertise au sein des équipes. • Être consciente de l'influence de l'identité professionnelle de chacune lors du travail en collaboration.
EXPERTISE	• Permettre une formation continue axée sur la collaboration. • Occuper pleinement son champ de pratique. • Proposer une démarche clinique appliquée. • Avoir accès aux études supérieures. • Gérer son image. • Contribuer aux discussions et à l'organisation du système de santé par des moyens politiques stratégiques.

Source : Boulet-Gendron et al., 2023. Données non publiées – Ne pas copier ou distribuer

EN CONCLUSION

Les auteurs s'entendent pour dire que le développement de l'identité professionnelle intériorise le rôle infirmier. Cela donne aussi une meilleure estime de soi et procure une plus grande implication dans les soins. Plus la posture identitaire professionnelle est forte, plus il est facile de faire valoir ses idées, de reconnaître son rôle et ses limites, et d'agir en faveur

de changements significatifs et favorables pour la profession. Cela permet aussi d'innover et de contribuer à l'avancement de l'expertise infirmière, d'améliorer l'harmonie collaborative avec les pairs et de développer le jugement critique. Cet amalgame renforce le sentiment d'appartenance et d'engagement envers la profession et, implicitement, le maintien du personnel. •

LES AUTEURES

CATHERINE BOULET-GENDRON
IPSSA, M. Sc., D.E.S.S. en soins à la clientèle adulte

JADE BRIEN
Inf., B. Sc. inf., D.E.S.S. en soins de première ligne

VALÉRIE ALLARD
B. Sc. inf., M.Sc. (c)

MARIE-PHILIPPE TREMBLAY
Inf., B. Sc. inf., M.Sc. (santé publique)

REMERCIEMENTS

AMANDA GARANT
Inf., B. Sc. inf.

MARIE-KARLA ISIKAHUA-FRÉCHETTE
IPSPL, M. Sc., D.E.S.S. en soins à la clientèle adulte

RÉFÉRENCES

- Association canadienne des écoles de sciences infirmières Région du Québec (ACESI-RQ). (2021). «Au cœur de l'expertise infirmière, contribuer pleinement, pour la santé des québécois: développer une identité professionnelle et disciplinaire». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/10884410/38.pdf/734e5d65-be4a-7787-8274-5f9f789f33ae>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIQ). (2020a). «La collaboration intraprofessionnelle – Énoncé de position». Repéré à https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/AIIC-Enonce-De-Position_La-Collaboration-Intraprofessionnelle.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIQ). (2020b). «La collaboration interprofessionnelle – Énoncé de position». Repéré à https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/AIIC-Enonce-de-position_La-collaboration-interprofessionnelle.pdf
- Benner, P. (2000). «From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice—Commemorative edition». NJ: Pearson.
- Berger, V. et Ducharme, F. (2019). «Le leadership infirmier: un atout indispensable pour le développement de la discipline et de la profession». Recherche en soins infirmiers, 136(1), 6. Repéré à <https://doi.org/10.3917/rsi.136.0006>
- Careau, E. (2013). «Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux: proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipe interdisciplinaires» [Thèse de doctorat]. Québec: Université Laval.
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., ... Museux, A.-C. (2018). «Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux – Guide explicatif». Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Repéré à <https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/RCPI/Guide-continuum-pratique-CIPI.pdf>
- Champagne, E. et Gaudreault, F. (2019). «Étude sur la collaboration interprofessionnelle et interordres au Québec». Cahiers de recherche du Centre d'études en gouvernance, (01/19/FR). Ottawa, ON: Université d'Ottawa.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIS). (2010). «Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme». Vancouver, CB: CPIS. Repéré à <https://drive.google.com/file/d/13PEfNoWtUlgDr-9GR-szYMKrsyZHANq6/view>
- Ducharme, F. (2013). «Le pouvoir infirmier – Des résultats probants... à la politique». Perspective infirmière, 10(2), 31-36. Repéré à https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol10no2/09_recherche.pdf
- Ducharme, F. (2018). «Vers un leadership politique des infirmières, ou comment changer les choses». Perspective infirmière, 15(5), 51-53. Repéré à <https://www.oiiq.org/vers-un-leadership-politique-des-infirmieres-ou-comment-changer-les-choses>
- Ericsson, K.A., Whyte 4th, J. et Ward, P. (2007). «Expert performance in nursing: Reviewing research on expertise in nursing within the framework of the expert-performance approach». Advances in Nursing Science, 30(1), E58-E71. Repéré à <https://doi.org/10.1097/00012272-200701000-00014>
- Gohier, C., Anadón, M., Bouchard, Y., Charbonneau, B. et Chevrier, J. (2001). «La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel: un processus dynamique et interactif». Revue des sciences de l'éducation, 27(1), 3-234. Repéré à <https://doi.org/10.7202/000304ar>
- Hagan, L. (2000). «Affirmer notre savoir-faire: les enjeux et les conditions de notre réussite». Perspective infirmière, 8(4), 11-20. Récupéré à <https://www.oiiq.org/uploads/periodiques/Infirmiere/vol8no4/11-20.pdf>
- Larouche, C. (2012). «Le développement de l'identité professionnelle en formation infirmière par l'enseignement optimal des conceptions infirmières» [Mémoire de maîtrise]. Montréal: Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9262>
- Manson-Clot, M., Pahud, P., Müller, R., Dederding, B. et Hélot, C. (2005). «L'infirmière de référence: positionnements sur la pratique d'encadrement». Recherche en soins infirmiers, (81), 28-55. Repéré à <https://doi.org/10.3917/rsi.081.0028>
- McCormack, B. (2023). «Face à la pénurie mondiale de personnels infirmiers, n'oublions pas "la personne"». Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière, 9(1), 100288. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.refiri.2023.100288>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014b). «Valeurs de la profession infirmière». Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)/Collège des médecins du Québec (CMQ)/Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). (2015). «Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3436-enonce-collaboration-professionnelle.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/8302349Champ+d%E2%80%99exercice+et+activit%C3%A9s+r%C3%A9serv%C3%A9es+de+l%E2%80%99infirmi%C3%A8re.pdf#page=3>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2023). «Les infirmières et infirmiers: plus que des bras». Repéré à <https://www.oiiq.org/l-ordre/plus-que-des-bras>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). «La situation du personnel infirmier dans le monde – Investir dans la formation, l'emploi et le leadership». Genève: OMS. Repéré à <https://iris.who.int/bits-tream/handle/10665/332163/9789240004900-fre.pdf?sequence=1>
- Rapport des commissaires sur les états généraux de la profession infirmière 2021. (2021). «Reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec – Un changement porteur d'avenir». Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Ten Hoeve, Y., Jansen, G. et Roodbol, P. (2014). «The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper». Journal of Advanced Nursing, 70(2), 295-309. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jan.12177>
- Voyer, P., Cyr, N., Abran, M.-C., Bérubé, L., Côté, S., ... Tremblay, S. (2016). «Les ratios infirmière/résidents en CHSLD – Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières?». Perspective infirmière, 13(3), 45-50. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol13no03/13-organisation.pdf>
- Walton, V., Hogden, A., Long, J.C., Johnson, J. et Greenfield, D. (2020). «Exploring interdisciplinary teamwork to support effective ward rounds». International Journal of Health Care Quality Assurance, 33(4/5), 373-387. Repéré à <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-10-2019-0178>

Pour que votre
humanité
s'exprime pleinement



Infirmier.ère.s recrues,
d'agence ou d'expérience ?

On vous engage !

Faites carrière avec nous
emplois-cisssmo.ca/soins-infirmiers



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

Québec 

À PROPOS DE L'ABCdaire du suivi collaboratif des 0-5 ans

par JULIE POIRIER, IPSPL,
CISSS-CA, professeure UQAR,
JACYNTHÉ DUFOUR, IPSPL, CISSS-
CA, professeure UQAR,
GILLES COSSETTE, IPSPL,
D^r DOMINIQUE COUSINEAU,
pédiatre CHU Sainte-
Justine – Université de Montréal,
D^r DANIELE LEMIEUX,
Université de Montréal, D^r GILLES
BRUNET, médecin de famille, et
D^r LISE BÉLANGER, pédiatre

L'ABCdaire du suivi collaboratif des
0-5 ans offre à l'infirmière un recen-
sement mis à jour des meilleures
pratiques issues de la littérature
scientifique, des énoncés de prin-
cipes et des recommandations de
santé publique en vigueur.

QUESTIONS EN PAGE 31

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?

**01. Pour utiliser l'outil ABCdaire auprès de la clientèle 0-5 ans, il n'est pas néces-
saire d'avoir une formation spécifique. C'est un gabarit de suivi avec des cases
à cocher de type « check list ».**

Réponse :  **Faux**

Il est essentiel d'avoir une formation sur l'utilisation de cet outil afin de bien comprendre les éléments clefs de surveillance et de dépistage. Le choix du nom de l'outil, l'ABCdaire, est un clin d'œil des auteurs aux recommandations A, B et C présentes dans la littérature scientifique. À cet égard, elles sont indiquées dans tous les outils et les documents grâce à des caractères typographiques distincts, et ce, afin de déterminer facilement le niveau de preuve qui les sous-tend (CHU Sainte Justine, 2023). Afin d'en tirer le plein bénéfice, l'approche clinique de l'ABCdaire nécessite une formation sur son utilisation optimale.

Cette formation de qualité n'est pas garante de la compétence qui, elle, nécessite le jugement clinique acquis par l'expérience des pairs experts.

02. Le recueil des données de base et d'identification des facteurs de risque est inutile lors de la première visite.

Réponse :  **Faux**

Ce recueil de données et d'identification des facteurs de risque est à la base de l'approche ABCdaire. Il est essentiel pour le suivi des enfants de 0 à 5 ans. Il couvre l'ensemble de l'histoire médicale de l'enfant et identifie ses **principaux facteurs de risque** quant aux problèmes potentiels de santé et de développement associés, ainsi que les actions recommandées pour chacun. Ces actions s'ajoutent donc au suivi régulier, selon les besoins spécifiques de chaque enfant. Les principales données sont recueillies lors de la première visite et complétées au besoin au fil des autres visites. Il est important de les conserver dans le dossier en tout temps pour les rendre accessibles à tous les intervenants auprès de l'enfant.

03. L'infirmière a l'obligation d'effectuer une évaluation clinique rigoureuse, ce qui implique, entre autres, qu'elle doit être faite au moment opportun; elle doit obtenir toutes les données pertinentes à la situation de santé de l'enfant. L'évaluation doit aussi être réalisée avec justesse, ce qui requiert que l'infirmière intervienne avec compétence.

Réponse :  **Vrai**

Qu'il s'agisse de l'évaluation initiale ou de celle en cours d'évolution, l'évaluation est un processus dynamique impliquant que l'infirmière porte un jugement clinique sur la santé d'une personne et qu'elle en communique les conclusions (Letourneau et Brisson, 2017). L'infirmière ne doit pas faire preuve de négligence dans les soins et traitements prodigués à l'enfant (*Code de déontologie des infirmiers et infirmières*), notamment lorsqu'elle doit :

- procéder à l'évaluation requise par son état de santé;
- intervenir promptement [...] lorsque son état de santé l'exige;
- assurer la surveillance clinique et le suivi requis par son état de santé;
- prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements.

04. Il est nécessaire qu'un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS) valident l'examen physique fait par l'infirmière lors de ses suivis ABCdaire 0-5 ans.

Réponse : **✗ Faux**

L'infirmière est autonome dans le cadre de son exercice infirmier (*Loi sur les infirmières et les infirmiers*), dans la mesure où elle a reçu la formation adéquate à cet effet. Il est donc important que toutes les infirmières qui participent au suivi périodique de la santé globale des enfants aient accès à un mentorat soutenu par des médecins, des IPS en première ligne (IPSPL) ou des infirmières expertes, afin de guider le développement de compétences avancées garantissant ainsi une pratique optimale et sécuritaire auprès d'enfants de 0 à 5 ans et de leur famille. La pratique assidue d'un examen physique rigoureux, sous supervision, est incontournable et essentielle pour l'acquisition des compétences fonctionnelles. Lorsque l'infirmière se sent compétente, elle peut exercer de manière autonome au sein d'un groupe de professionnels et en référer à une IPS ou à un médecin au besoin, selon les situations cliniques rencontrées.

L'évaluation clinique ne fait pas partie du champ de pratique de l'infirmière auxiliaire. Elle peut, toutefois, contribuer à l'évaluation de l'état de santé et peut collaborer avec d'autres professionnels de la santé, par exemple avec la prise des paramètres de croissance.

05. L'infirmière peut décider d'ouvrir une clinique pédiatrique pour assurer le suivi des enfants de 0 à 5 ans de manière autonome et être la seule professionnelle dans ce suivi.

Réponse : **✗ Faux**

Il est essentiel de travailler en équipe interprofessionnelle afin d'assurer un suivi de qualité auprès de l'enfant. L'ABCdaire permet alors un suivi collaboratif, flexible et partagé entre les différents professionnels de la santé. La notion de collaboration, entre les différents professionnels d'une même équipe ou du réseau de la santé, est aussi une valeur inhérente à la vision des auteurs de l'ABCdaire. Cette collaboration implique la planification et l'actualisation d'une trajectoire de services entre les diverses professions (infirmières, IPSPL, médecins de famille, pédiatres consultants) pour la continuité des soins. La mise en place de **couloirs de service bien identifiés** pour la prise en charge de l'ensemble des problèmes de santé ou de développement, tout au long de la trajectoire de soins, est essentielle (CHU Sainte-Justine, 2023).

RÉFÉRENCES

CHU Sainte-Justine. (2023). «ABCdaire du suivi collaboratif des 0-5 ans». Repéré à <https://enseignement.chusj.org/fr/Accueil>
«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9, art. 44-45.

Letourneau, J. et Brisson, M. (2017). «L'évaluation clinique: cet incontournable». Repéré à <https://www.oiiq.org/fr/evaluation-clinique-cet-incontournable>

«Loi sur les infirmières et les infirmiers», RLRQ, c. I-8, art. 36.

RECRUTEUR ACTIF



Postes disponibles

- Infirmier/Infirmière
- Coordinatrice des soins
- Chef d'unité

Avantages

- **Aucun TSO** notre modèle de gestion depuis +15 ans
- Horaire stable, conciliation travail-vie personnelle
- Repas offert pour chaque quart de travail
- Remboursement d'uniformes
- Programmes de récompenses monétaires, 200 \$ à 1 500 \$ /référence
- Environnement lumineux, moderne et spacieux
- 1^{er} partenariat public-privé (PPP) d'envergure en santé
- Lauréat Sociétés les mieux gérées au Canada 2023
- Entraide et disponibilité de vos collègues et supérieurs
- Ambiance familiale chaleureuse

Contact

450 672-3975

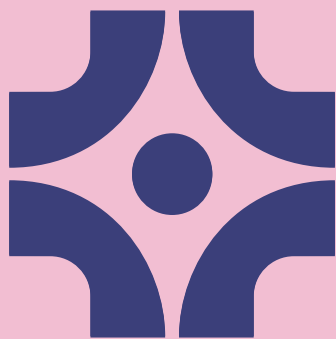
rh@residencessoleil.ca

555, ch. Tiffin, Saint-Lambert



Joignez-vous à notre famille !

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



Formation continue

Planifiez vos activités 2024

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

En salle

Avec formateur, en présentiel

Une formule classique et indémodable

À distance

Avec formateur, en virtuel

Un peu comme une formation en salle, mais sans déplacement

En ligne

Sans formateur, en virtuel

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

Articles-questionnaires

Sans formateur, en virtuel

Pour valider vos apprentissages après lecture d'articles de

Perspective infirmière

Découvrez les formations OIIQ

et inscrivez-vous sur oiiq.org/formation.

Cas clinique M^{me} MAJOR

Claire Major, âgée de 55 ans, est hospitalisée à l'unité de gastroentérologie pour une colite ulcéreuse. Elle est en attente d'une coloscopie. Dans son dossier, vous lisez qu'elle a déjà reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite. Elle a d'ailleurs été hospitalisée à plusieurs reprises durant sa vingtaine à la suite de tentatives de suicide et pour des sevrages d'alcool. Elle fume un paquet de cigarettes par jour. Parmi vos collègues, certains tiennent des propos indécents à son sujet, par exemple : « Elle ne doit pas avoir si mal que ça si elle sort fumer ». Ils doutent de son honnêteté quand elle évalue sa douleur et vont jusqu'à retarder l'administration d'analgésiques. Vous remarquez également qu'ils répondent moins vite lorsqu'elle utilise la cloche d'appel. D'ailleurs, elle sonne souvent, ce qu'ils interprètent comme un besoin d'attention.

Vous êtes mal à l'aise devant les comportements de vos collègues et vous ne savez pas comment réagir. En même temps, vous leur faites confiance et vous vous surprenez même à penser que M^{me} Major exagère peut-être sa condition.

Voir la personne et non le stéréotype en santé mentale

Lutter contre la stigmatisation
pour améliorer la qualité et
la sécurité des soins

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Après avoir lu cet article, vous serez en mesure :

01 D'EXPLIQUER

les concepts liés à la stigmatisation et à la discrimination en santé mentale.

02 DE RECONNAÎTRE

des facteurs dans la pratique infirmière et les milieux de soins qui contribuent à la stigmatisation et à la discrimination des personnes vivant ou ayant vécu avec un trouble de santé mentale.

03 DE NOMMER

des actions infirmières pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination en santé mentale et améliorer la qualité des soins.

par **ANDRÉE-ANNE CHOQUETTE**, inf., M. Sc., **LAURENCE CARON**, M. Sc. (service social), **MARIE-CLAUDE JACQUES**, inf., Ph. D., **CHRISTINE GENEST**, inf., Ph. D., et **MARIE-ÈVE CÔTÉ**, B. Ens.

La pratique infirmière se fonde sur des valeurs comme le respect de la personne, l'humanité et l'excellence des soins (OIIQ, 2014). Si vous questionnez vos collègues infirmières, il y a fort à parier qu'elles vous confirmeront partager ces valeurs. Pourtant, certaines personnes, telles que celles sans emploi, en surpoids (Pachankis et al., 2018), vivant avec un trouble mental ou un trouble lié à l'usage de substances, ou ayant un dossier psychiatrique (Livingston, 2020) sont moins susceptibles que la population générale de recevoir des soins de santé de qualité. De plus, leur espérance de vie est de 10 à 25 ans plus courte (Livingston, 2020).

Qu'est-ce qui explique ces différences de qualité des soins et d'espérance de vie? Parmi les éléments expliquant ces disparités, nous retrouvons la stigmatisation et la discrimination, présentes dans la société en général et dans les soins infirmiers, ce qui sera l'objet du présent article.

Nous expliquerons les concepts liés à la stigmatisation et à la discrimination en santé mentale et identifierons ensuite les facteurs pouvant y contribuer. Nous proposerons des actions que les infirmières pourront poser afin de lutter contre la stigmatisation et d'améliorer la qualité des soins.

Le Conseil international des infirmières (CII) (2008), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2009, 2016) et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) (2012) affirment tous que la réduction de la stigmatisation est l'une des responsabilités infirmières. Soulignons que la stigmatisation et la discrimination ne seront pas traités comme le fruit de mauvaises intentions ou d'incompétence, mais plutôt comme les résultats indésirables d'actions présumées utiles.

CONCEPTS LIÉS À LA STIGMATISATION ET À LA DISCRIMINATION EN SANTÉ MENTALE

La plupart des infirmières ont une attitude positive envers les personnes vivant avec des troubles mentaux. Elles souhaitent les aider et se disent empathiques à leur situation (Ihalainen-Tamlander et al., 2016). Cependant, on remarque à l'échelle mondiale que plusieurs professionnels de la santé adhèrent aux stéréotypes négatifs, adoptent des attitudes pouvant poser préjudice et ont des comportements inadaptés envers les personnes ayant des troubles mentaux (Dell et al., 2021; Deng et al., 2022). Puisque que ces personnes reçoivent aussi des traitements pour diverses conditions de santé, et ce, dans des

établissements autres que ceux dédiés exclusivement aux soins en santé mentale, ce sujet concerne toutes les infirmières (Raj, 2022).

Ainsi, on estime que 13,7 % des infirmières, 28,3 % des médecins généralistes et 26,1 % des psychiatres adoptent des attitudes négatives envers les personnes vivant avec des troubles mentaux (Mental Health Council of Australia, 2011). Selon des études, la proportion de celles qui se sont déjà senties stigmatisées dans un réseau de la santé varie grandement, allant de 32 % (Kirby et Keon, 2006) à 90 % (Corker et al., 2013). Parmi les stéréotypes mentionnés par des infirmières, notons ceux selon lesquels les personnes vivant avec des troubles mentaux sont incapables de prendre des décisions à propos de leur propre vie (Svediene et al., 2009), qu'elles ne sont pas suffisamment responsables pour prendre soin d'elles-mêmes (Ahmead et al., 2010) et qu'il est nécessaire d'utiliser des approches coercitives pour leur administrer un traitement (Ihalainen-Tamlander et al., 2016).

Afin de mieux comprendre les différentes facettes de la stigmatisation et de la discrimination, voyons d'abord les principales définitions de ces concepts (**Encadré 1**).

Encadré 1

DÉFINITION DES CONCEPTS LIÉS À LA STIGMATISATION ET À LA DISCRIMINATION EN SANTÉ MENTALE

Stigmatisation

Réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés [...], consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants. Les personnes victimes de la stigmatisation éprouvent des sentiments de gêne et de ressentiment, et manifestent des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet (Butera, 2002).

Stigmatisation sociale

Réactions ou appréhension de la population vis-à-vis les personnes vivant ou ayant vécu avec un trouble mental (Pescosolido, 2013).

Stigmatisation structurelle

Pratiques institutionnalisées et barrières organisationnelles (lois, règlements) qui limitent la pleine participation citoyenne des personnes vivant ou ayant vécu avec un problème de santé mentale (Link, Castille et Stuber, 2008; Livingston, 2020).

Stigmatisation internalisée

Attitudes négatives associées aux troubles mentaux présentes dans la société qui sont internalisées, c'est-à-dire que la personne les retourne vers elle-même. Elle est une conséquence de la stigmatisation sociale et structurelle (définition inspirée de Corrigan et Rao, 2012; Sartorius et Schulze, 2005).

Stigmatisation par association

Réaction vécue par les proches ainsi que par les professionnels travaillant en santé mentale (Flaskerud, 2018).

Discrimination

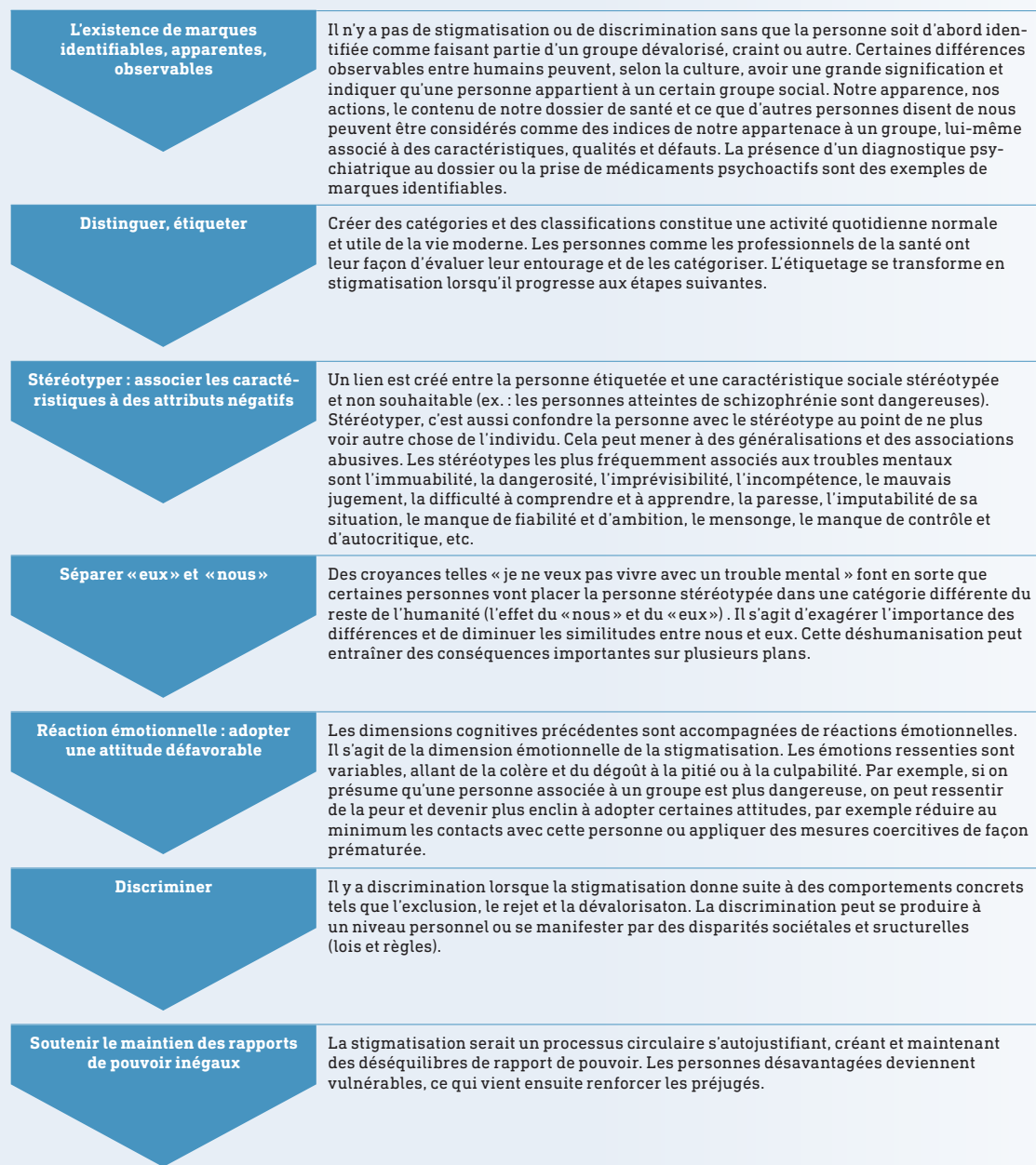
Comportements concrets tels que l'exclusion, le rejet et la dévaluation, découlant directement de la stigmatisation. Peut se produire à un niveau personnel ou par des disparités sociétales et structurelles (lois et règles) (Association des psychiatres du Canada [APC], 2011).

La discrimination peut être **réelle**, au sens d'individus et de règles qui peuvent objectivement blesser ou poser obstacle, **perçue** au sens de quelque chose de vécu, que ce soit réel ou mal interprété, ou bien **anticipée**, au sens d'une personne qui prévoit certaines possibilités et agit comme si elles étaient inévitables (Désy, 2018; Stangl et al., 2019). Ainsi, en se basant sur de mauvaises expériences antérieures, une personne atteinte d'un trouble mental pourra réagir avec méfiance (anticipation) et mal interpréter certaines actions (perception), même si l'infirmière intervient correctement. Consciente de cette possibilité, l'infirmière peut ajuster ses actions et sa communication de façon à réduire les anticipations négatives et à valider les perceptions.

Modèle de Link et Phelan

La stigmatisation est davantage un phénomène social – qui nous affecte tous – qu'une dynamique *stigmatisateur/stigmatisé* dans laquelle l'un est la victime de l'autre (Stangl et al., 2019). Afin de mieux illustrer ce phénomène, le modèle théorique de Link et Phelan (2001) présente les dimensions et le processus de stigmatisation (**Figure 1**). Il est également utilisé pour soutenir la recherche sur le sujet.

Figure 1
PROCESSUS MULTIDIMENSIONNEL DE LA STIGMATISATION-DISCRIMINATION INSPIRÉ DU MODÈLE DE LINK ET PHELAN



Sources : Adaptation de APC, 2011; AQR, 2015a; Link et Phelan, 2001; Link et al., 2004.

Cas clinique (suite)

Le lendemain, vous prenez soin de M^{me} Major. Lorsque vous entrez dans sa chambre, elle affiche un air renfrogné. Elle répond à vos questions de façon brève. Elle est distante. Elle évalue sa douleur à 5/10 surtout en position assise, mais vous n'observez pas de comportement antalgique. À sa demande, vous lui apportez un analgésique. Elle vous sourit timidement et vous remercie. Plus tard, vous réévaluez sa douleur. Elle a diminué à 3/10. M^{me} Major vous dit que vous êtes la seule à croire qu'elle a de la douleur. Vous êtes flattée, mais en même temps, vous vous questionnez : « Cherche-t-elle à me manipuler? ».

Conséquences de la stigmatisation et de la discrimination

La stigmatisation des personnes vivant ou ayant vécu avec des troubles mentaux entraîne de lourdes conséquences. Selon les personnes concernées, la stigmatisation crée davantage de souffrance que les symptômes du trouble mental (Hamilton et al., 2016; Thornicroft et al., 2016). La stigmatisation donne lieu à des répercussions négatives sur la santé globale (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2019), ce qui s'explique en partie par un accès inéquitable aux soins et par un état de stress chronique qui occasionne d'autres problèmes de santé comme de l'hypertension artérielle (Pascoe et Richman, 2009). La stigmatisation peut aussi mener à des stratégies d'adaptation nocives telles que l'isolement ou la consommation de substances (ASPC, 2019).

De plus, la stigmatisation et la discrimination affectent le fonctionnement social, le fonctionnement au travail (Chan et Tsui, 2023; Mak et al., 2017) et la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles mentaux (Yu et al., 2021). Elles éprouvent plus de difficulté à se trouver un emploi et lorsqu'elles travaillent, elles se révèlent plus susceptibles de vivre de l'exclusion et ont moins d'occasions de développement professionnel (Nardodkar et al., 2016). Les personnes portant d'autres étiquettes en plus d'un trouble mental – situation désignée comme l'intersectionnalité des stigmates en recherche – notamment celles en situation de handicap physique ou issues de la diversité sexuelle et de genre, rencontrent encore plus de difficultés (Torales et al., 2023). Par exemple, les personnes âgées avec des troubles mentaux sont deux

fois plus victimes de discrimination que les autres aînés (Temple et al., 2021).

Les personnes ayant été victimes de stigmatisation lors de leurs contacts avec des personnes dans le système de santé sont plus susceptibles de vivre de la stigmatisation internalisée (Wang et al., 2018). Elles présentent alors des pensées négatives à propos d'elles-mêmes et ressentent une baisse de l'estime de soi (Yip et al., 2023). La stigmatisation internalisée peut entraîner un phénomène de discrimination anticipée (Lasalvia et al., 2013) qui les mène à éviter certains contacts sociaux (Chan et Mak, 2014) et, de ce fait, à restreindre les demandes d'aide, le recours aux services de santé mentale ainsi que l'adhésion aux traitements (Chan et al., 2022). Par conséquent, comme elles en viennent à douter de leur capacité de se rétablir, elles se trouvent à nuire à leur rétablissement en santé mentale (Chan et al., 2022; Yip et al., 2023). Autre exemple : elles abandonnent des démarches comme la recherche d'un emploi, car elles anticipent un échec en raison de la discrimination (Lasalvia et al., 2013).

La stigmatisation sociale peut, quant à elle, induire de la stigmatisation structurelle. Par exemple, la croyance répandue selon laquelle les personnes atteintes de troubles mentaux sont dangereuses augmente le recours à des interventions coercitives (Angermeyer et al., 2010; Kennedy-Hendricks et al., 2017).

Toutes les formes de stigmatisation engendrent des coûts financiers et sociaux difficiles à estimer (ASPC, 2019). Ainsi, retarder une demande d'aide de peur d'être stigmatisé fait en sorte que la condition de santé se détériore et le coût des soins augmente (Evans-Lacko et al., 2014; Kulesza, Larimer et Rao, 2013).

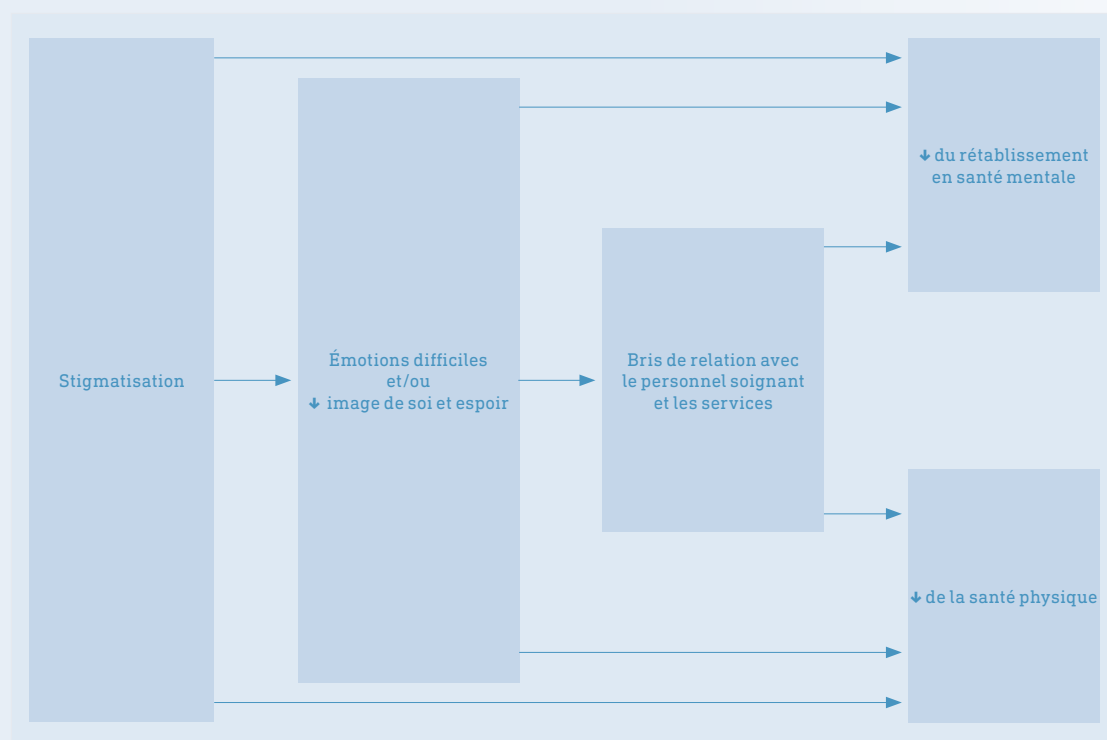


Des **emplois infirmiers**
disponibles partout
au Québec

oiiq.org/offres-emploi



Figure 2
CONSÉQUENCES POSSIBLES DE LA STIGMATISATION DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ



Sources : Adaptation de Samson (2016) et MSSS (2016) par les auteurs du présent article, Caron et Choquette (2024).

Selon Stelnicki, les infirmières sont plus à risque que la population générale de souffrir de troubles mentaux, entre autres d'un stress post-traumatique, d'un trouble dépressif, d'un trouble anxieux ou d'un épuisement professionnel (Stelnicki, Carleton et Reichert, 2020). Elles n'échappent pas non plus à la stigmatisation. Selon un précepte répandu en soins infirmiers, comme il est normal que la profession soit difficile, requérir de l'aide témoigne d'une faiblesse. Ainsi, plusieurs infirmières tardent à en demander parce qu'elles craignent d'être stigmatisées (Knaak, Mantler et Szeto 2017; Weston et Nordberg, 2022), ce qui peut compromettre la qualité des soins (Gouvernement du Canada, 2019). Dans le milieu des soins de santé, des professionnels mentionnent ne pas se sentir à l'aise quand des membres de l'équipe vivent avec un trouble mental (Kirby et Keon, 2006). Chez les infirmières, on note une diminution de confiance envers eux (Glozier et al., 2006). Conséquemment, plusieurs professionnels souffrant de problèmes de santé mentale les dissimulent pour éviter la stigmatisation (Charbonneau, 2007).

Plus encore, les infirmières qui travaillent en santé mentale vivent de la stigmatisation par association, ce qui confère un certain discrédit à leur profession (CII, 2022; Flakerud, 2018), en plus d'entraîner une baisse de la satisfaction au travail et une hausse de l'épuisement émotionnel (Ebsworth et Foster, 2017; Salyers et al., 2015). Cette forme de stigmatisation affecte les soignants et peut influencer leur pratique à un point tel qu'ils ont tendance à perpétuer le cycle de l'exclusion et à adopter les mêmes attitudes négatives que la population générale (Park et Seo, 2016). On remarque d'ailleurs que dans les services où la stigmatisation par association est la plus présente, les personnes soignées vivent plus de stigmatisation internalisée et éprouvent moins de satisfaction envers les soins reçus (Verhaeghe et Bracke, 2012).

Conséquences sur la qualité des soins

Il est démontré que la stigmatisation et la discrimination compromettent la qualité des soins et affectent la santé physique et mentale des personnes concernées. Plusieurs comportements de la part des professionnels peuvent être perçus comme de la stigmatisation par les personnes concernées et leurs proches : négliger de bien les informer sur le trouble ou les traitements, employer des leviers légaux de coercition, utiliser des méthodes standardisées et déshumanisantes (Livingston, 2013), adopter une stature paternaliste (Livingston, 2020) et parler d'elles en termes péjoratifs (Thornicroft, Rose et Mehta, 2010). Ces expériences diminuent la satisfaction envers les soins reçus et la confiance envers les soignants (Verhaeghe et Bracke, 2011).

Comme l'illustre le cas de M^{me} Major, les personnes ayant un trouble mental sont plus à risque de recevoir un traitement inadéquat de la douleur comparativement à celles qui n'ont pas reçu de diagnostic psychiatrique. Comme mentionné, les personnes vivant avec des troubles mentaux décèdent de façon prématurée en raison de plusieurs facteurs. Ceux liés au système de santé expliqueraient de 10 à 25 % les différences de santé et de longévité (Bartels et DiMilia, 2017). Par exemple, une étude californienne démontre que les femmes ayant un trouble mental grave reçoivent moins de soins préventifs, donc moins de mammographies de dépistage du cancer du sein (Thomas et al., 2018). Celles qui souffrent de maladies coronariennes sont moins susceptibles d'être dirigées vers la bonne ressource pour subir des interventions cardiaques invasives si elles souffrent également d'un trouble mental (Li et al., 2012).

Ces données s'expliquent notamment par le masquage diagnostique, appelé aussi ombrage diagnostique. Ce phénomène prend plusieurs formes. Dans le cas de M^{me} Major, ses symptômes physiques ne sont pas pris

au sérieux, car ils sont attribués à son trouble mental. Ann Hallyburton définit ce concept qu'elle appelle le *diagnostic overshadowing* par l'attribution des symptômes physiques d'une personne qui vit ou a vécu avec un trouble mental à une comorbidité qui lui a déjà été diagnostiquée dans le passé. Ce diagnostic erroné compromet les soins et peut mener au décès (Hallyburton, 2022).

La mention au dossier d'un trouble psychiatrique actuel ou antérieur, ou même la mention de prescriptions de médicaments psychotropes, peut à elle seule constituer un « drapeau rouge » qui influencera les perceptions et comportements des infirmières et des autres professionnels de la santé (Happel et al., 2016). Les personnes avec un trouble mental qui ont vécu ce phénomène peuvent alors s'engager dans des stratégies de « survie » qui pourront compromettre l'évaluation et la qualité des soins, telles qu'attendre l'aggravation de leurs problèmes de santé physique avant de consulter ou encore garder secret leur trouble mental ou leur médication psychiatrique (Molloy et al., 2021).

La **Figure 2** résume les conséquences possibles de la stigmatisation dans le réseau de la santé.

Aussi, les politiques et les pratiques « donnent lieu à un accès inéquitable aux soins de santé aux personnes

vivant avec des problèmes de santé mentale et de consommation de substances » (Livingston, 2020, p. 2). Heureusement, les cas évidents de stigmatisation structurelle sont en recul, mais des obstacles cachés contribuent encore à maintenir des inégalités en santé (Livingston, 2020). Par exemple, ne pas avoir accès à un suivi parce que la personne n'a pas de numéro téléphone ou vit de l'instabilité résidentielle est une forme de stigmatisation structurelle cachée. La stigmatisation structurelle nuit à l'établissement du diagnostic, à l'accès et à l'adhésion au traitement et par conséquent, à l'amélioration de l'état de santé (Link et Hatzembuehler, 2016; Nyblade et al., 2019).

La stigmatisation, réelle ou perçue, est liée à de moins bons résultats de rétablissement en santé mentale (Chan et Tsui, 2023; Mak et al., 2017). La peur pour la personne d'être perçue comme folle ou faible, ou encore d'être jugée défavorablement, retarde la demande d'aide (Dockery et al., 2015; Feder et al., 2018; Kerridge et al., 2017). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2018), deux personnes sur trois ayant des symptômes de maladie mentale ne vont pas chercher de l'aide par peur d'être stigmatisées ou discriminées.

Leika

Équipements médicaux

**VOTRE RÉFÉRENCE
DEPUIS PLUS DE
37 ANS**

en surfaces thérapeutiques,
équipements médicaux
et TPN.

Les contrats du C.A.G. pour les surfaces d'appui ont été octroyés et Leika est heureuse de vous présenter des produits pour répondre à tous vos besoins en surfaces d'appui pour la prévention et le traitement des plaies.

Nous sommes là pour vous.

Nous serons à l'écoute de vos besoins et présents avec vous dans vos établissements. Nous continuerons à vous conseiller au meilleur de nos connaissances, acquises depuis plus de 37 ans dans le domaine de soins de plaies, avec des surfaces des plus hautes qualités. Prenez contact avec nous pour organiser une rencontre avec vos équipes pour une démonstration ou une formation sur les produits. Comme par le passé, nous offrons la gestion d'entretien et de réparation de votre parc d'équipements, un service de location de tous nos matelas avec une rapidité de livraison incomparable et aussi un service de soutien 24/24 7 jours sur 7.

BROSSARD
9585, rue Ignace
Local D
Brossard, Québec
J4Y 2P3
Téléphone :
450 659-1991

QUÉBEC
710, rue Bouvier
Local 103
Québec, Québec
G2J 1C2

SHERBROOKE
1179, 12^e avenue Nord
Sherbrooke, Québec
J1E 2X4

SANS FRAIS : 877 659-1991 | medicaux@leika.ca | leika.ca

Cas clinique (suite)

Vers midi, M^{me} Major reçoit la visite de Justin, son conjoint. Il vous demande si les résultats de ses tests sont arrivés. Il est très inquiet. Il n'a jamais vu Claire dans cet état. Habituellement énergique, elle a perdu du poids et semble très fatiguée. Elle pleure. Vous prenez quelques minutes pour discuter avec le couple. Au bout d'un moment, M^{me} Major vous confie qu'elle ne va pas bien depuis longtemps. Elle n'a pas consulté plus tôt parce qu'elle ressent que les soignants la jugent à cause de son dossier psychiatrique. Elle vous dit : « J'ai l'impression qu'on ne me croit jamais et que les gens sont moins gentils avec moi qu'avec les autres patients ». Votre contact avec le couple vous touche beaucoup et vous réalisez que M^{me} Major est victime de stigmatisation. Comment réagir?

FACTEURS DE LA PRATIQUE INFIRMIÈRE ET DES MILIEUX DE SOINS CONTRIBUANT À LA STIGMATISATION ET À LA DISCRIMINATION

La stigmatisation et la discrimination sont des phénomènes complexes, impliquant de nombreux facteurs comme la culture, l'éducation et la littératie en santé mentale (Cheon et Chiao, 2012). Dans les médias, films et jeux vidéo, les personnes présentant un trouble mental sont souvent dépeintes comme imprévisibles, violentes et responsables de leur sort, ce qui influence la perception de la population (Srivastava et al., 2018).

Les professionnels de la santé n'échappent pas à ces préjugés. Dans certains cas, ces préjugés sont même plus graves chez les soignants, notamment en ce qui a trait au désir de distance sociale et au pessimisme face au rétablissement (Henderson et al., 2014; Ross et Goldner, 2009).

Qu'est-ce qui explique que la stigmatisation soit si tenace dans nos milieux de soins? Dans une majorité des cas, les professionnels en soins sont de bonne volonté et n'ont pas conscience de leurs propres préjugés et de leurs attitudes stigmatisantes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2016). Il est donc important de comprendre ce qui mène à la stigmatisation si l'on veut la réduire.

Facteurs individuels

La stigmatisation résulte notamment d'un manque de connaissances sur les troubles mentaux (Thronicroft et al., 2016), de biais ou d'informations inexactes (Raj, 2022). Certaines infirmières travaillant dans des services non spécialisés en santé mentale estiment ne pas détenir les connaissances nécessaires pour intervenir de façon adéquate auprès de cette clientèle (Al Jabouri, Leroux et Smith, 2022; Lethoba et al., 2006). Les infirmières rapportent avoir des sentiments d'impuissance (Al Jabouri et al., 2022; Ross et Goldner, 2009), d'inconfort ou d'insécurité (Faculté de médecine de l'Université Memorial [MDcme], 2015) face aux troubles mentaux. Les infirmières n'ayant pas reçu de formation spécifique en santé mentale sont plus susceptibles de craindre les personnes soignées (Ihalainen-Tammlander et al., 2016). En outre, plus faible est le niveau d'éducation, plus

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

Vous êtes en quête de changement et d'aventure extraordinaire?

Vous souhaitez acquérir une expérience précieuse?

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

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

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

NOUS RECHERCHONS DES INFIRMIER(ÈRE)S

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



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

grande est la discrimination (Arvaniti et al., 2009; Munro et Baker, 2007).

L'âge, mais surtout l'expérience, représenterait un autre facteur d'influence. Les infirmières d'expérience sont moins nombreuses par rapport aux plus jeunes à éprouver de la peur en lien avec les troubles mentaux. De plus, le fait d'avoir eu des contacts avec des personnes ayant des troubles mentaux dans sa vie personnelle est associé à une attitude plus positive (Ihalainen-Tamlander et al., 2016). Inversement, être soi-même stigmatisé comme professionnel de la santé et possiblement vouloir se différencier des personnes soignées peut mener à des attitudes plus négatives (MDcme, 2015).

Facteurs culturels

La culture du milieu de travail influence la stigmatisation en ce sens que certaines pratiques stigmatisantes sont normalisées (Knaak et al., 2017), par exemple l'utilisation d'un langage stigmatisant, la mise en place de précautions inutiles ou la divulgation d'informations confidentielles (Nyblade et al., 2019). Le contexte de soins a aussi un impact sur l'attitude des infirmières. Effectivement, se sentir sous pression en raison des contraintes de temps peut mener à des attitudes négatives et stigmatisantes. Le paternalisme, toujours présent dans la culture des soins, peut aussi amener les infirmières à ne pas voir la personne soignée comme une partenaire participant activement à son traitement (MDcme, 2015).

Si les personnes vivant avec un trouble mental reconnaissent l'importance de l'apport des professionnels, elles ont néanmoins souvent l'impression que ceux-ci « ne sont pas vraiment à l'écoute et ne les traitent pas de manière globale; leur vie devient alors une série de problèmes ponctuels pris en charge de manière étroite en fonction seulement des impératifs des diverses spécialités professionnelles. Elles ont aussi souvent le sentiment d'être des "objets" que l'on "gère", et non des êtres humains ayant une véritable relation avec les professionnels de la santé auxquels elles s'adressent » (Kirby et Keon, 2006, p. 266). Cela illustre bien comment la culture et l'organisation des soins peuvent, bien malgré nous, entretenir de la stigmatisation. L'épuisement professionnel et l'usure de compassion peuvent aussi contribuer à ce que ces pratiques perdurent (Knaak et al., 2017).

Bien que les infirmières qui travaillent dans les services psychiatriques aient globalement moins d'attitudes négatives envers les personnes soignées (Ross et Goldner, 2009), elles affichent tout de même des attitudes stigmatisantes (Eiroa-Orosa, Lomascolo et Tosas-Fernández, 2021), notamment auprès des personnes ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite (Dickens et al., 2019). L'exposition continue à des personnes ayant des troubles mentaux graves, dans des moments de leur vie où elles ont besoin de soutien ou ont des incapacités fonctionnelles – par exemple ne pas être autonome en logement ou incapable d'occuper un travail à temps plein – peut susciter des attitudes négatives (Schulze, 2007) et réduire la capacité de voir leur potentiel de rétablissement (Niebieszczanski et al., 2016).

Facteurs structurels

L'organisation du système de santé au Canada contribue à créer et à maintenir les disparités de santé qui affectent les personnes vivant avec un trouble mental de plusieurs façons : des soins fragmentés ou en silo, un refus de service ou une distribution inéquitable des ressources (Livingston, 2020).

Les citations suivantes sont tirées d'un rapport canadien visant à transformer les services en santé mentale et en dépendance. Elles illustrent bien comment l'organisation des services peut contribuer à la stigmatisation :

« Quand j'arrivais finalement à parler à quelqu'un, c'était le plus souvent un psychiatre en formation qui me posait beaucoup de questions avant d'appeler le médecin de garde, puis le psychiatre de garde, qui venaient ensuite me poser les mêmes questions. Pour une personne en état d'anxiété extrême, cette situation est particulièrement frustrante et suffit souvent à faire déborder le vase. Je suis alors traitée comme une malade violente. » — Anita

« Dans ma collectivité, le seul moyen d'obtenir rapidement des soins psychiatriques est de tenter de se suicider ou de commettre un crime. Cela, en soi, constitue un crime. » — Jeannie (Kirby et Keon, 2006, p. 14).

Cas clinique (suite)

En après-midi, le médecin vient annoncer à Mme Major les résultats de sa coloscopie. Le diagnostic secoue : elle a un cancer du côlon. Votre collègue vous confie qu'elle se sent très mal de l'avoir jugée. Vous réalisez que vous aviez la conception que les personnes avec un trouble de personnalité limite avaient tendance à exagérer pour obtenir de l'attention et qu'il ne fallait ni croire tout ce qu'elles disaient ni répondre à toutes leurs demandes.

LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

La lutte contre la stigmatisation est l'une des priorités du *Plan d'action interministériel en santé mentale* (MSSS, 2022). Elle est également priorisée par de nombreuses autres organisations, par exemple l'OMS (2021). Elle équivaut à lutter pour un accès équitable à des soins de qualité (Commission de la santé mentale du Canada [CSMC], 2015). Toutes les infirmières peuvent contribuer à diminuer la stigmatisation et la discrimination en santé mentale et à améliorer la qualité des soins donnés à cette clientèle (CII, 2022; MSSS, 2016). La section suivante aborde différentes actions en ce sens.

Prendre connaissance de ses propres préjugés et attitudes

Un premier pas de la lutte contre la stigmatisation est d'accepter « une responsabilité individuelle, professionnelle, organisationnelle et collective à cet égard » (MSSS, 2016, p. 11). En tant qu'infirmières et aussi en tant que citoyennes, il est essentiel d'amorcer une réflexion critique afin d'identifier les attitudes, comportements, pratiques de gestion et interventions pouvant être perçues ou vécues comme stigmatisantes et discriminantes (CSMC, 2020; Sreeram, Crown et Townsin, 2022).

Cette démarche permet de prendre conscience de différents facteurs, souvent inconscients. Elle peut prendre différentes formes, par exemple des discussions autour d'histoires de cas ou des réflexions en équipe. On peut aussi faire un exercice de mise en perspective, c'est-à-dire « évaluer consciemment une interaction du point de vue de la personne soignée » (ASPC, 2019, p. 46). À la suite de ces démarches, plusieurs moyens, individuels et collectifs, peuvent être mis en œuvre afin d'améliorer l'expérience de soin des personnes concernées (MSSS, 2016).

Ainsi, il est primordial d'identifier ses préjugés et ceux véhiculés par notre entourage. Il faut chercher une information juste et nuancée, autant en général sur chaque groupe social rencontré, qu'en particulier sur chaque individu, en se concentrant sur ce qui lui appartient réellement plutôt que sur le stéréotype qui lui est associé. Par exemple, en général, les médias véhiculent le stéréotype que les personnes vivant avec un trouble mental sont dangereuses alors que dans les faits, la grande majorité ne l'est pas. En fait, les actes violents sont perpétrés le plus souvent par des personnes n'ayant pas de troubles mentaux (Leclair et Crocker, 2022). De plus, les personnes vivant avec un trouble mental sont plus susceptibles d'être victimes de violence que de commettre des actes de violence (Thornicroft, 2020).

Le but ultime de ces démarches est de « déconstruire ses préjugés, de modifier sa vision du monde et sa posture afin de changer celles des autres et de rechercher le semblable plutôt que la différence » (Caria et al., 2022, p. 41).

Prévenir le masquage diagnostique

Les infirmières œuvrant dans tous les milieux de soins peuvent agir afin de prévenir le masquage diagnostique. D'abord, si l'importance de mettre en place un lien de confiance avec la personne soignée semble aller de soi, ce lien importe davantage quand l'infirmière soigne une personne qui doit réapprendre à faire confiance aux professionnels de la santé (Chuttoo et Chuttoo, 2019).

De plus, l'infirmière doit garder à l'esprit qu'une personne ayant un trouble mental est plus à risque de troubles de santé physique. Conséquemment, il est essentiel d'être à son écoute, de la croire et d'effectuer les évaluations et autres investigations pertinentes selon les signes et les symptômes manifestés. L'infirmière est également en position de défendre son droit d'accès aux soins et s'il y a lieu, d'utiliser son leadership auprès de ses collègues, principalement auprès des médecins et des infirmières praticiennes qui ont le pouvoir de prescrire des examens diagnostiques et des traitements (Happell et al., 2016).

Après avoir reçu l'accord de la personne sous ses soins, l'infirmière peut demander le soutien à un membre de son entourage – famille, aidant ou intervenant en qui la personne a confiance – ce qui peut contribuer à diminuer le stress et les craintes associés à une visite à l'urgence ou à une hospitalisation (Chuttoo et Chuttoo, 2019).

Enfin, la formation en santé mentale contribue à améliorer les soins à cette clientèle (CII, 2022). Des auteurs insistent également sur l'importance de former les praticiens sur la stigmatisation structurelle dans les établissements de soins de santé (Knaak et Sukhera, 2021). Il importe de favoriser des interventions en sécurisation culturelle, en désescalade comportementale et l'adoption d'approches sensibles au trauma afin de mieux comprendre les besoins des personnes et d'adapter son approche aux situations les plus délicates (Knaak et Sukhera, 2021).

L'adoption d'une philosophie axée sur le rétablissement

Bon nombre de personnes vivant avec un trouble mental peuvent viser le rétablissement et y parvenir (Vignaud, 2017). « Le rétablissement en santé mentale renvoie à la possibilité de mener une vie satisfaisante et nourrie par l'espoir et d'apporter une contribution à la société en dépit de symptômes causés par un problème de santé mentale » (CSMC, 2020, p. 2). Utiliser des interventions axées sur le rétablissement en santé mentale favorise un environnement sans stigmatisation et discrimination (Chan et Tsui, 2023). Ce type de pratique se base sur la prémisse que

chaque personne possède des forces et des objectifs de vie, lesquels constituent des leviers d'intervention pour se rétablir (CSMC, 2020).

Ainsi, l'infirmière gagne à s'intéresser à la personne en dehors de son trouble mental ou de sa période de crise en la questionnant par exemple sur ses passions, ses expériences significatives ou ses objectifs de vie. D'ailleurs, les personnes vivant avec des troubles mentaux sont reconnaissantes lorsque les professionnelles leur manifestent de l'écoute, tiennent compte de leur expérience émotive ou lorsque le lien de confiance établi avec elles font qu'elles se sentent considérées comme des personnes au-delà de la symptomatologie de leur trouble mental (CSBE, 2012).

Il est primordial que chaque infirmière questionne sa qualité d'écoute et cherche à offrir une expérience de soin véritablement centrée sur la personne en faisant preuve de sincérité et de chaleur. Elle doit aussi soutenir l'autonomie de la personne soignée en mettant de l'avant son droit de participer aux décisions sur ses soins de santé, notamment en lui donnant de l'information dans un format adapté. Inclure ses proches et créer une atmosphère invitante sont aussi des pratiques axées sur le rétablissement (CSMC, 2020).

La façon de parler des troubles mentaux ou des personnes touchées par les équipes de soins, est loin d'être banale. Un langage empreint d'espoir et d'optimisme contribue à promouvoir le rétablissement et à lutter contre la stigmatisation (CSMC, 2020). Il est préférable de parler de la personne en faisant référence à son humanité plutôt qu'à son handicap, son diagnostic ou aux défis auxquels elle fait face (CSMC, 2021; Santé Canada, 2022).

Par exemple, des intervenants ont surnommé une patiente « boomerang » parce qu'elle revenait toujours dans leurs services. Ce comportement n'est pas cohérent avec les pratiques axées sur le rétablissement et il contribue à la stigmatisation. Les infirmières doivent également soigner le vocabulaire employé dans leurs notes au dossier puisqu'il peut entraîner des biais négatifs et influencer l'attitude des soignants qui les lisent (Park et al., 2021). Aussi, les personnes qui consultent leur propre dossier de santé pourraient se sentir jugées ou offensées s'il comporte des propos stigmatisants à leur endroit, ce qui pourrait également nuire à la confiance envers les services (Fernández et al., 2021). Prenons l'exemple d'une personne qui a une faible adhésion à ses traitements, il faudrait éviter d'écrire « non motivée » ou « non compliant aux traitements ». Une formule telle que « la personne n'adhère pas aux traitements principalement à cause des effets indésirables » est à privilégier (CSMC, 2021; Santé Canada, 2022).

Stratégies de contact

Les stratégies de contact sont parmi les interventions ayant le plus d'impact pour réduire la stigmatisation (Corrigan et al., 2012; Raj, 2022). Elles consistent en un échange positif entre une personne ayant un savoir expérientiel en santé mentale et un groupe ciblé composé ici de professionnels de la santé. Le fait d'être en contact avec une personne dont le rétablissement est significatif, qui a une vie satisfaisante et qui en témoigne, vient ébranler les stéréotypes et favorise une attitude plus positive des soignants (CSMC, 2021; Raj, 2022). Cette stratégie peut diminuer leur anxiété et augmenter leur empathie (Corrigan et al., 2012).

Les contacts virtuels par visionnement de vidéos seraient aussi efficaces que les contacts en personne (Griffiths et al., 2014). Cette stratégie a également démontré son efficacité en formation infirmière (Martínez-Martínez et al., 2019). Des études se sont penchées plus spécifiquement sur la méthode PhotoVoix (Photovoix)

qui implique que des personnes atteintes de troubles mentaux aient pris des photos et les commentent ensuite en décrivant en quoi ces photos représentent leur vécu. Les professionnels de la santé qui ont visionné ces PhotoVoix, expriment avoir moins de craintes et de désir d'éviter les personnes vivant avec des troubles mentaux (Flanagan et al., 2016; Tippin et Maranzan, 2022).

La méthode Livres vivants ou bibliothèque vivante a vu le jour au Danemark en 2000 (Human Library, 2022). Elle reprend l'approche de la stratégie de contact, c'est-à-dire la rencontre d'un public cible avec des représentants d'un groupe stigmatisé dans des conditions favorables à une connexion positive. L'activité se déroule en créant un contexte ludique où les personnes à sensibiliser peuvent « emprunter » pendant 10 à 30 minutes un Livre vivant, soit une personne du groupe stigmatisé, afin d'écouter son témoignage et lui poser des questions (AQRP, 2015b; Gregorio et Gaudreau, 2021). De cette activité résultent une diminution du désir de distance sociale, une baisse de la stigmatisation internalisée et une réduction des intentions de comportements discriminatoires liés à la stigmatisation (Corrigan et Fong, 2014). Au Québec, les Rendez-vous nationaux des Livres vivants, chapeautés par l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, organisent plusieurs Livres vivants dans des bibliothèques de la province (AQRP, 2023).

En résumé, les stratégies de contact permettent aux soignants de s'inspirer du savoir expérientiel des personnes rencontrées. Elles favorisent des attitudes propices au rétablissement et réduisent la stigmatisation.

L'éducation et la formation continue

L'éducation est l'une des interventions ayant le plus d'impact pour diminuer la stigmatisation (Corrigan et al., 2012; Thornicroft et al., 2016). Afin d'offrir des soins de qualité et réduire les biais et la stigmatisation, les professionnels de la santé devraient recevoir des formations et des outils pour bien comprendre la nature des troubles mentaux. Il existe différents types de formations, en présence et en ligne, portant sur la santé mentale. Selon les études, la vaste majorité (Raj, 2022) ou même la totalité (Sreeram et al., 2022) de ces formations ont des résultats positifs, notamment en augmentant le niveau de confort et le sentiment de compétence des soignants, et en améliorant leur attitude et la qualité du lien thérapeutique.

Ajoutons que les plus récentes recommandations internationales indiquent que ces formations doivent être menées ou soutenues par des personnes ayant un vécu lié à la santé mentale afin d'obtenir des résultats efficaces (Thornicroft et al., 2022). Pour les professionnelles qui désirent rehausser leurs compétences, de plus en plus d'options sont offertes, en présence ou en ligne, par plusieurs organismes, associations ou maisons d'enseignement.

Interventions ciblant la stigmatisation internalisée

Bien que les approches axées sur le rétablissement aient un effet positif sur la stigmatisation internalisée, d'autres interventions la ciblent plus spécifiquement. Ainsi, une infirmière peut aider une personne ayant un trouble mental à changer ses croyances stigmatisantes envers elle-même.

Elle pourra par exemple lui rappeler ses forces, soutenir ses capacités d'adaptation et mobiliser son entourage (ASPC, 2019). Participer à des groupes d'entraide ou d'auto-soutien a un effet positif sur la stigmatisation internalisée, le sentiment d'efficacité personnelle, le pouvoir d'agir et la qualité de vie (Corrigan Sokol et Rûsh, 2013). Des organismes tels que Relief – relief.ca – offrent des services pour « apprendre à vivre avec l'anxiété, la dépression ou la bipolarité et pour reprendre du pouvoir sur votre santé mentale ». L'infirmière gagne à connaître les ressources de sa communauté et à en informer les personnes qui pourraient en bénéficier.

Apport des gestionnaires et des décideurs

Aux efforts individuels doivent se combiner les initiatives des institutions. La lutte contre la stigmatisation doit être une priorité des politiques en santé afin de promouvoir les droits des personnes vivant avec un trouble mental. Effectivement, des programmes de lutte contre la stigmatisation devraient être déployés dans les services de santé et réévalués périodiquement de sorte que l'impact en soit mesuré. Des interventions telles que des formations spécifiques devraient faire partie du plan d'orientation lors de l'intégration de nouveaux professionnels de la santé dans les établissements (Raj, 2022). D'ailleurs, Ihalainen-Tammlander et al. (2016) prônent que les infirmières débutantes devraient participer davantage aux activités de prévention de la stigmatisation dans le but d'intégrer les principes de soins centrés sur la personne dès le début de leur carrière. Les gouvernements du Québec et du Canada ont publié plusieurs ouvrages guidant la mise en œuvre d'actions pour lutter contre la stigmatisation dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Des efforts doivent également être déployés par les établissements pour promouvoir les valeurs, les principes et le langage associés au rétablissement en santé mentale, de façon à créer des conditions facilitant les pratiques centrées sur la personne. Le réseau de la santé aurait avantage à collaborer avec des personnes qui détiennent un savoir expérientiel en santé mentale et leurs proches afin de profiter de leur vécu pour améliorer les soins et les services (CSMC, 2021).

Pour assurer de meilleurs soins de santé mentale et de santé globale, le CII (2022) propose de lutter contre la stigmatisation par association qui stigmatise tout ce qui touche à la santé mentale, y compris les soins infirmiers en santé mentale. La stigmatisation par association dévalorise les infirmières qui travaillent en santé mentale et celles qui sont spécialisées en santé mentale. Ce faisant, elle aggrave la pénurie des ressources; moins d'infirmières spécialisées, moins de rétention et moins d'infirmières intéressées à parfaire leur formation en santé mentale.

Finalement, la santé mentale des soignants influence la stigmatisation perçue et internalisée par les personnes soignées. Ainsi, des interventions visant la prévention de l'épuisement professionnel et la qualité de vie au travail s'inscrivent également dans la lutte contre la stigmatisation (Dubreucq, Plasse et Franck, 2021).



Cas clinique (suite et fin)

Le contact avec M^{me} Major vous a fait réaliser que le rétablissement en santé mentale est possible et que l'attitude des soignants a un impact important sur la qualité des soins. Vous dites à votre collègue que vous aimeriez suivre une formation pour mieux intervenir dans ce genre de situation; peut-être a-t-elle envie de vous accompagner?

EN CONCLUSION

Les troubles mentaux nous concernent tous, que ce soit dans notre travail comme infirmière, comme proche d'une personne touchée ou comme personne ayant vécu ou vivant ces difficultés. La stigmatisation entraîne des conséquences importantes sur les personnes affectées et leurs proches, les équipes de soins et la collectivité. Il est urgent d'en prendre conscience et de se mobiliser pour rendre notre système de santé plus inclusif et

ainsi, mieux accueillir les personnes vivant avec des troubles mentaux. Rappelons que les personnes ayant moins d'attitudes stigmatisantes ont plus de satisfaction au travail (Koutra, Mavroides et Triliva, 2022). Nous gagnons tous à voir le potentiel des personnes qui vivent avec un trouble mental et à mettre en place des moyens concrets pour le valoriser. •



academientderme.ca

Découvrez le monde de l'esthétique



Formation niveau 1 injections anti-âge - botox et agents de comblements.

À PARTIR DE 5695\$*TX

*Encadrement médical disponible

Formation lifting sans chirurgie visage & corps.

À PARTIR DE 695\$*TX

Franchise disponible sur consultation.

+1 (514) 838-8808

*Encadrement médical disponible

+1 (514) 838-8808



COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Décider de l'utilisation des mesures de contention

Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application des lois sur les services de santé et les services sociaux

Cadre réglementaire

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

Balises déontologiques

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 45.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*.

LES AUTEURS

ANDRÉE-ANNE CHOQUETTE

Inf., M. Sc.

Professeure praticienne en sciences de la santé à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

LAURENCE CARON

M. Sc. (service social)

Directeur adjoint de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Il est responsable du Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale.

MARIE-CLAUDE JACQUES

Inf., Ph. D.

Professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke. Elle est directrice des programmes de 1^{er} cycle.

CHRISTINE GENEST

Inf., Ph. D.

Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale.

MARIE-ÈVE CÔTÉ

B. Ens.

Agente de formation à l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient particulièrement Mélanie Marceau, inf., Ph. D., professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, ainsi que Sarah Côté, inf., M. Sc., professeure praticienne en sciences de la santé à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke pour leur soutien dans l'élaboration et la rédaction du cas clinique.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2019). «Lutte contre la stigmatisation: vers un système de santé plus inclusif – Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2019». Ottawa, ON: ASPC. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etats-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- Ahmed, M.K., Rahhal, A.A. et Baker, J.A. (2010). «The attitudes of mental health professionals towards patients with mental illness in an inpatient setting in Palestine». *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(5), 356-362.
- Al Jabouri, O., Leroux, P. et Smith, P. (2022). «La stigmatisation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale et le rôle des professionnels de la santé: une scoping review internationale». *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, 8(3), 1-7. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.refir.2022.100280>
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Link, B.G. et Schomerus, G. (2014). «Public attitudes regarding individual and structural discrimination: Two sides of the same coin?». *Social Science & Medicine*, 103, 60-66. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.014>
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara E., Bochtsou, V., Bikos, C. et Livaditis, M. (2009). «Health service staff's attitudes towards patients with mental illness». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 658-665.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2012). «Énoncé de position sur les services de santé mentale». Ottawa, ON: AIIC. Repéré à https://hi-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/66561cd1-45c8-41be-92f6-e34b74e5ef99/UploadedImages/documents/PS85_Mental_Health_f.pdf
- Association des psychiatres du Canada (APC). (2011). «Énoncé de principes – Stigmatisation et discrimination». *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56(10). Repéré à <https://www.cpa-apc.org/wp-content/uploads/Stigma-2011-51-web-FIN-FR.pdf>
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). (2015a). «Rapport interne issu de la tournée panquébécoise de consultation sur la stigmatisation en santé mentale 2014-2015 de l'AQRP».
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). (2015b). «Mini-guide sur les activités de type bibliothèque vivantes».
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP). (2023). Les Rendez-vous nationaux des Livres vivants – automne 2023. Repéré à <https://www.aqrp-sm.org/nos-actualites/blog-post-title-three-7fg5c>
- Bartels, S.J. et DiMilia, P. (2017). «Why serious mental illness should be designated a health disparity and the paradox of ethnicity». *The Lancet Psychiatry*, 4(5), 351-352. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30111-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30111-6)
- Butera, F. (2002). «Stigmatisation». Dans J.P. Fragnière et R. Girard (dir.), *Dictionnaire de politique sociale*. Lausanne: Réalités sociales.
- Caria, A., Afreuil, S., Loubière, C. et Saget, E. (2022). «Stigmatisation et discrimination: les comprendre pour les combattre». Dans L. Vigneault et T. Lecompte, *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale – Pour en finir avec la stigmatisation* (p. 31-42). Longueuil, QC: Performance Édition.
- Chan, K.K.S. et Mak, W.W.S. (2014). «The mediating role of self-stigma and unmet needs on the recovery of people with schizophrenia living in the community». *Quality of Life Research*, 23(9), 2559-2568. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0695-7>
- Chan, K.K.S., Fung, W.T.W., Leung, D.C.K. et Tsui, J.K.C. (2022). «The impact of perceived and internalised stigma on clinical and functional recovery among people with mental illness». *Health and Social Care in the Community*, 30(6), e6102-e6111. Repéré à <https://doi.org/10.1111/hsc.14047>
- Chan, K.K.S. et Tsui, J.K.C. (2023). «Perceived stigma from mental health service providers and its adverse impact on service engagement and recovery among people with mental illness». *American Journal of Orthopsychiatry*, 93(5), 365-374.
- Charbonneau, M. (2007). «Stigma and discrimination—as expressed by mental health professionals». Belleville, ON: Mood Disorders Society of Canada. Repéré à https://mdsc.ca/documents/Publications/Stigma_and_discrimination—as_expressed_by_MH_Professionals.pdf
- Cheon, B.K. et Chiao, J.Y. (2012). «Cultural variation in implicit mental illness stigma». *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(7), 1058-1062. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0022022112455457>
- Chuttoo, L. et Chuttoo, V. (2019). «Supporting patients with serious mental illness during physical health treatment». *Nursing Standard*, 34(6). Repéré à <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11331>
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2012). «Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012. Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec – Sommaire». Québec: CSBE. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_SommaireSM_PourPlusEquite.pdf
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2015). «Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement». Ottawa, ON: CSMC. Repéré à <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2016/07/Guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2020). «Mettre le rétablissement en pratique. Une introduction au Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement». Ottawa, ON: CSMC. Repéré à <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Mettre-le-retablissement-en-pratique-Une-introduction-au-Guide-de-reference-pour-des-pratiques-axees-sur-le-retablissement.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC). (2021). «Lutter contre la stigmatisation de la santé mentale par l'adoption d'un vocabulaire centré sur la personne». Ottawa, ON: CSMC. Repéré à <https://commissionsantementale.ca/billets-de-blogue/21470-lutter-contre-la-stigmatisation-de-la-sante-mentale-par-ladoption-dun-vocabulaire-centre-sur-la-personne/>
- Conseil International des Infirmières (CII). (2022). «Les personnels infirmiers en santé mentale dans le monde: Il est temps d'accorder la priorité à la santé mentale et au bien-être et d'investir dans ces domaines». Genève: CII. Repéré à https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Mental_Health_Workforce_report_FR_web_0.pdf
- Conseil International des Infirmières (CII). (2008). «Prise de position – Santé mentale». Genève: CII. Repéré à https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_A_Mental%20Health_Fr_0.pdf
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., ... Thornicroft, G. (2013). «Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011». *British Journal of Psychiatry*, 202(Suppl. 55), s58-s63. Repéré à <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112912>
- Corrigan, P.W. et Fong, M.W.M. (2014). «Competing perspectives on erasing the stigma of illness: What says the dodo bird?». *Social Science & Medicine*, 103, 110-117.
- Corrigan, P.W. et Rao, D. (2012). «On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies of change». *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- Corrigan, P.W., Bink, A.B., Schmidt, A., Jones, N. et Rüsch, N. (2016). «What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect». *Journal of Mental Health*, 25(1), 10-15. Repéré à <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>
- Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D. et Rusch, N. (2012). «Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies». *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>
- Corrigan, P.W., Sokol, K.A. et Rüsch, N. (2013). «The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses». *Community Mental Health Journal*, 49(1), 1-6. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10597-011-9445-2>
- Corrigan, P.W. et Wassell, A. (2008). «Understanding and influencing the stigma of mental illness». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42-48. Repéré à <https://doi.org/10.3928/02793695-20080101-04>
- Dell, N.A., Vidovic, K.R., Vaughn, M.G. et Sasaki, N. (2021). «Mental health provider stigma, expectations for recovery, and perceived quality of care provided to persons with mental illness». *Stigma and Health*, 6(2), 247-250. Repéré à <https://doi.org/10.1037/sah0000227>
- Deng, Y., Wang, A.-L., Frasso, R., Ran, M.-S., Zhang, T.-M., ... Wong, Y.-L.I. (2022). «Mental health-related stigma and attitudes toward patient care among providers of mental health services in a rural Chinese county». *International Journal of Social Psychiatry*, 68(3), 610-618. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0020764021992807>
- Désy, M. (2018). «Dimension éthique de la stigmatisation en santé publique: outil d'aide à la réflexion». Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2344_dimension_ethique_stigmatisation_outil_aide_reflexion_2018.pdf
- Dickens, G.L., Lamont, E., Mullen, J., MacArthur, N. et Stirling, F.J. (2019). «Mixed-methods evaluation of an educational intervention to change mental health nurses' attitudes to people diagnosed with borderline personality disorder». *Journal of Clinical Nursing*, 28(13/14), 2613-2623. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.14847>
- Dockery, L., Jeffery, D., Schauman, O., Williams, P., Farrelly, S., ... Clement, S. (2015). «Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers». *Psychiatry Research*, 228(3), 612-619. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.044>
- Dubreucq, J., Plassé, J. et Franck, N. (2021). «Self-stigma in serious mental illness: A systematic review of frequency, correlates, and consequences». *Schizophrenia Bulletin*, 47(5), 1261-1287. Repéré à <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Ebsworth, S.J. et Foster, J.L.H. (2017). «Public perceptions of mental health professionals: Stigma by association?». *Journal of Mental Health*, 26(5), 431-441. Repéré à <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1207228>
- Eiroa-Orosa, F.J., Lomascolo, M. et Tosos-Fernández, A. (2021). «Efficacy of an intervention to reduce stigma beliefs and attitudes among primary care and mental health professionals: Two cluster randomised-controlled trials». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1214. Repéré à <https://doi.org/10.3390/ijerph18031214>
- Evans-Lacko, S., Clement, S., Corker, E., Brohan, E., Dockery, L., ... McCrone, P. (2014). «How much does mental health discrimination cost: Valuing experienced discrimination in relation to healthcare care costs and community participation». *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 423-434. Repéré à <https://doi.org/10.1017/S2045796014000377>
- Feder, K.A., Mojtabai, R., Musci, R.J. et Letourneau, E.J. (2018). «U.S. adults with opioid use disorder living with children: Treatment use and barriers to care». *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, 93, 31-37. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.07.011>
- Fernández, L., Fossa, A., Dong, Z., Delbanco, T., Elmore, J., ... DesRoches, C. (2021). «Words matter: What do patients find judgmental or offensive in outpatient notes?». *Journal of General Internal Medicine*, 36(9), 2571-2578. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06432-7>
- Flanagan, E.H., Buck, T., Gamble, A., Hunter, C., Sewell, I. et Davidson, L. (2016). «Recovery speaks»: A photovoice intervention to reduce stigma among primary care providers». *Psychiatric Services*, 67(5), 566-569. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500049>



formation
continue



Lisez
l'article

Voir la
personne
et non le
stéréotype en
santé mentale

2-ACFA par article

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

Visitez
oiiq.org/formation

Flaskerud, J.H. (2018). «Stigma and psychiatric/mental health nursing». *Issues in Mental Health Nursing*, 39(2), 188-191. Repéré à <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1307887>

Glozier, N., Hough, C., Henderson, M. et Holland-Elliott, K. (2006). «Attitudes of nursing staff towards co-workers returning from psychiatric and physical illnesses». *International Journal of Social Psychiatry*, 52(6), 525-534.

Gregorio, A. et Gaudreau, H. (2021). «Livres vivants: entre intervention sociale, développement personnel et citoyenneté» [Synthèse du Webinaire]. Montréal: Université du Québec à Montréal. Repéré à <https://chairs.riirs.ugm.ca/wp-content/uploads/sites/125/Webinaire-novembre-livres-vivants-1.pdf>

Griffiths, K.M., Carron-Arthur, B., Parsons, A. et Reid, R. (2014). «Effectiveness of programs for reducing the stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials». *World Psychiatry*, 13(2), 161-175. Repéré à <https://doi.org/10.1002/wps.20129>

Hallyburton, A. (2022). «Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses». *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(6), 1360-1372.

Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., ... Henderson, C. (2016). «Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(Suppl. 446), 14-22.

Happell, B., Ewart, S.B., Bocking, J., Platanias-Phung, C. et Stanton, R. (2016). «That red flag on your file»: Misinterpreting physical symptoms as mental illness». *Journal of Clinical Nursing*, 25(19/20), 2933-2942. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.13355>

Henderson, C., Noblett, J., Parke, H., Clement, S., Caffrey, A., ... Thornicroft, G. (2014). «Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings». *The Lancet/Psychiatry*, 1(6), 467-482. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)

Human Library. (2022). «About the Human Library». Repéré à <https://humanlibrary.org/about/>

Ihalainen-Tammlander, N., Vähäniemi, A., Löytyniemi, E., Suominen, T. et Välimäki, M. (2016). «Stigmatizing attitudes in nurses towards people with mental illness: A cross-sectional study in primary settings in Finland». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6/7), 427-437. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jpm.12319>

Kennedy-Hendricks, A., Barry, C.L., Gollust, S.E., Ensminger, M.E., Chisolm, M.S. et McGinty, E.E. (2017). «Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies». *Psychiatric Services*, 68(5), 462-469. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600056>

Kerridge, B.T., Mauro, P.M., Chou, S.P., Saha, T.D., Pickering, R.P., ... Hasin, D.S. (2017). «Predictors of treatment utilization and barriers to treatment utilization among individuals with lifetime cannabis use disorder in the United States». *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 223-228. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.032>

Kirby, M.J.L. et Keon, W.J. (2006). «De l'ombre à la lumière: La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada» [Rapport final]. Ottawa, ON: Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Repéré à <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2006/05/De-l'ombre-a-la-lumiere-La-transformation-des-services-de-sante-mentale-de-maladie-mentale-et-de-toxicomanie-au-Canada.pdf>

Knaak, S., Mantler, E. et Szeto, A. (2017). «Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions». *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111-116. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Knaak, S. et Sukhera, J. (2021). «Défenseurs et agents de changement: Exemples concrets d'approches utilisées pour lutter contre la stigmatisation structurelle entourant la maladie mentale et la

consommation de substances dans le système de soins de santé du Canada». Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada.

Kouta, K., Mavroides, G. et Triliva, S. (2022). «Mental health professionals' attitudes towards people with severe mental illness: Are they related to professional quality of life?». *Community Mental Health Journal*, 58(4), 701-712. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00874-x>

Kulesza, M., Larimer, M.E. et Rao, D. (2013). «Substance use related stigma: What we know and the way forward». *Journal of Addictive Behaviors, Therapy & Rehabilitation*, 2(2), 782. Repéré à <https://doi.org/10.4172/2324-9005.1000106>

Lasalvia, A., Zoppi, S., Van Bortel, T., Bonetto, C., Cristofalo, D., ... Thornicroft, G. (2013). «Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional survey». *The Lancet*, 381(9860), 55-62. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61379-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61379-8)

Leclair, M. et Crocker, A. (2022). «Avez-vous dit "dangerosité" ou "dérangerosité"? – Analyse d'une prophétie autoréalisatrice en violence et santé mentale». Dans L. Vigneault et T. Lecompte, *Préjugés, discrimination et exclusion en santé mentale – Pour en finir avec la stigmatisation* (p. 43-55). Longueuil, QC: Performance Édition.

Lethaba, K.G., Netswera, F.G. et Rankhumise, E. (2006). «How professional nurses in a general hospital setting perceive mentally ill patients». *Curationis*, 29(4), 4-11.

Li, Y., Gance, L.G., Lyness, J.M., Cram, P., Cai, X. et Mukamel, D.B. (2012). «Mental illness, access to hospitals with invasive cardiac services, and receipt of cardiac procedures by Medicare acute myocardial infarction patients». *Health Services Research*, 48(3), 1076-1095. Repéré à <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12010>

Link, B.G. et Phelan, J.C. (2001). «Conceptualizing stigma». *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. Repéré à <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B.G., Yang, L.H., Phelan, J.C. et Collins, P.Y. (2004). «Measuring mental illness stigma». *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511-541. Repéré à <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007098>

Link, B.G., Castille, D.M. et Stuber, J. (2008). «Stigma and coercion in the context of outpatient treatment for people with mental illnesses». *Social Science & Medicine*, 67(3), 409-419. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.015>

Link, B.G. et Hatzenbuehler, M.L. (2016). «Stigma as an unrecognized determinant of population health: Research and policy implications». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4), 653-673. Repéré à <https://doi.org/10.1215/03616878-3620869>

Livingston, J.D. (2013). «Mental illness-related structural stigma: The downward spiral of systemic exclusion». *Calgary, ALB: Mental Health Commission of Canada*. Repéré à https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_OpeningMinds_MentalIllness-RelatedStructuralStigmaReport_ENG_O_0.pdf

Livingston, J.D. (2020). «La stigmatisation structurelle des personnes ayant des problèmes de santé mentale et de consommation de substances dans les établissements de soins de santé – Analyse documentaire». Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada.

Martínez-Martínez, C., Sánchez-Martínez, V., Sales-Orts, R., Dinca, A., Richart-Martínez, M. et Ramos-Pichardo, J.D. (2019). «Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students». *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 735-743. Repéré à <https://doi.org/10.1111/inm.12578>

Mak, W.W.S., Chan, R.C.H., Wong, S.Y.S., Lau, J.T.F., Tang, W.K., ... Lee, D.T.F. (2017). «A cross-diagnostic investigation of the differential impact of discrimination on clinical and personal recovery». *Psychiatric Services*, 68(2), 159-166. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500339>

Memorial University Faculty of Medicine (MDcme). (2015). «Combating stigma» [online course for Canadian physicians]. Saint-Jean-T.-N.-L.: MDcme. Repéré à https://www.mdcm.ca/course_info/antistigma_old

Mental Health Council of Australia (MHCA). (2011). «Consumer and carer experiences of stigma from mental health and other health professionals». Canberra, AUS: MHCA. Repéré à https://www.mhaustralia.org/sites/default/files/imported/component/rsfiles/publications/Consumer_and_Carer_Experiences_of_Stigma_from_Mental_Health_and_Other_Health_Professionals.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2016). «Faire ensemble et autrement. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux – Guide d'accompagnement». Québec: MSSS – Direction des communications. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-914-06W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2022). «S'unir pour un mieux-être collectif. Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026». Québec: MSSS – Direction des communications. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-14W.pdf>

Malloy, R., Brand, G., Munro, I. et Pope, N. (2021). «Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing». *Journal of Clinical Nursing*, 32(9/10), 1662-1673. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jocn.16151>

Munro, S. et Baker, J.A. (2007). «Surveying the attitudes of acute mental health nurses». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 196-202.

Nardodkar, R., Pathare, S., Ventriglio, A., Castaldelli-Maia, J., Javate, K.R., ... Bhugra, D. (2016). «Legal protection of the right to work and employment for persons with mental health problems: A review of legislation across the world». *International Review of Psychiatry*, 28(4), 375-384. Repéré à <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1210575>

Niebieszczanski, R.J., Dent, H. et McGowan, A. (2016). «Your personality is the intervention: A grounded theory of mental health nurses' beliefs about hope and experiences of fostering hope within a secure setting». *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(3), 419-442. Repéré à <https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1134626>

Nyblade, L., Stockton, M.A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M.L., McLean, R. ... Wouters, E. (2019). «Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it». *BMC Medicine*, 17(25). Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). «La pratique infirmière en santé mentale: une contribution essentielle à consolider». Montréal: OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/rapport_octobre2009_vf.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014). «Valeurs de la profession infirmière». Montréal: OIIQ. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale». Montréal: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/standards-de-pratique-de-l-infirmiere-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale/inheritRedirect-true>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2018). «Mental health ATLAS 2017». Genève: OMS. Repéré à <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). «Mental health ATLAS 2020». Genève: OMS. Repéré à <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1>

Pachankis, J.E., Hatzenbuehler, M.L., Wang, K., Burton, C.L., Crawford, F.W., ... Link, B.G. (2018). «The burden of stigma on health and well-being: A taxonomy of concealment, course, disruptiveness, aesthetics, origin, and peril across 93 stigmas». *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44(4), 451-474. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0146167217741313>

Park, J., Saha, S., Chee, B., Taylor, J. et Beach, M.C. (2021). «Physician use of stigmatizing language in patient medical records». *JAMA Netw Open*, 4(7), e2117052. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.17052>

Park, K. et Seo, M. (2016). «Care burden of parents of adult children with mental illness: The role of associative stigma». *Comprehensive Psychiatry*, 70, 159-164. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.07.010>

Pascoe, E.A. et Richman, L.S. (2009). «Perceived discrimination and health: A meta-analytic review». *Psychological Bulletin*, 135(4), 531-554.



Faites partie d'une association professionnelle
... même à la retraite!

Transformez vos assurances collectives et vie
Défense de vos droits et intérêts
Bénéficiez de tarifs préférentiels avantageux
Demeurez informés
et bien plus avec le RIIRS!



418 626-0861 1 800 639-9519

info@riirs.org www.riirs.org

riirs

- Pescosolido, B.A. (2013). «The public stigma of mental illness: What do we think; What do we know; What can we prove?». *Journal of Health and Social Behavior*, 54(1), 1-21. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0022146512471197>
- Phelan, J.C., Link, B.G. et Dovidio, J.F. (2008). «Stigma and prejudice: One animal or two?». *Social Science & Medicine*, 67(3), 358-367.
- Raj, C.T. (2022). «The effectiveness of mental health disorder stigma-reducing interventions in the healthcare setting: An integrative review». *Archives of Psychiatric Nursing*, 39, 73-83.
- Ross, C.A. et Goldner, E.M. (2009). «Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(6), 558-567. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01399.x>
- Salyers, M.P., Fukui, S., Rollins, A.L., Firmin, R., Gearhart, T., ... Davis, C.J. (2015). «Burnout and self-reported quality of care in community mental health». *Administration and Policy in Mental Health and Mental Services Research*, 42(1), 61-69. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0544-6>
- Samson, E. (2-3 mai 2016). «La stigmatisation en RSSS». [Formation aux Journées annuelles de santé mentale (JASM)]. Montréal. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/sante-mentale/journees-annuelles-de-sante-mentale/jasm-2016/>
- Santé Canada. (2022). «La stigmatisation. Pourquoi les mots comptent» [Fiche descriptive]. Ottawa, ON: Santé Canada.
- Sartorius, N. et Schulze, H. (2005). «Reducing the stigma of mental illness: A report from a Global Programme of the World Psychiatric Association». Cambridge, R.-U.: Cambridge University Press.
- Schulze, B. (2007). «Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship». *International Review of Psychiatry*, 19(2), 137-155. Repéré à <https://doi.org/10.1080/09540260701278929>
- Sreeram, A., Cross, W.M. et Townsin, L. (2022). «Anti-stigma initiatives for mental health professionals: A systematic literature review». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(4), 512-528.
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P.S. et Mujawar, S. (2018). «Media and mental health». *Industrial Psychiatry Journal*, 27(1), 1-5. Repéré à https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_73_18
- Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H., Van Brakel, W., Simbayi, L.C., ... Dovidio, J.F. (2019). «The Health Stigma and Discrimination Framework: A global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas». *BMC Medicine*, 17(31). Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>
- Stelnicki, A.M., Carleton, N. et Reichert, C. (2020). «Mental disorders symptoms among nurses in Canada». Ottawa, ON: Canadian Federation of Nurses Unions. Repéré à https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT_final.pdf
- Svediene, L., Jankauskiene, L., Kusleikaite, M. et Razbadauskas, A. (2009). «Competence of general practice nurses caring for patients with mental health problems in the somatic departments». *Medicina (Kaunas, Lithuanie)*, 45(10), 822-829.
- Temple, J.B., Brijnath, B., Enticott, J., Utomo, A., Williams, R. et Kelahe, M. (2021). «Discrimination reported by older adults living with mental health conditions: Types, contexts and association with healthcare barriers». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(6), 1003-1014. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01914-9>
- Thomas, M., James, M., Vittinghoff, E., Creasman, J.M., Schillinger, D. et Mangurian, C. (2018). «Mammography among women with severe mental illness: Exploring disparities through a large retrospective cohort study». *Psychiatric Services*, 69(1), 48-54.
- Thornicroft, G. (2020). «People with severe mental illness as the perpetrators and victims of violence: Time for a new public health approach». *The Lancet/Public Health*, 5(2), e72-e73. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30002-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30002-5)
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N. et Leese, M. (2009). «Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey». *The Lancet*, 373(9661), 408-415. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61817-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61817-6)
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., ... Henderson, C. (2016). «Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination». *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
- Thornicroft, G., Rose, D. et Mehta, N. (2010). «Discrimination against people with mental illness: What can psychiatrists do?». *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(1), 53-59. Repéré à <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.004481>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A.A., Baker, S., Brohan, E., ... Winkler, P. (2022). «The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health». *The Lancet*, 400(10361), 1438-1480.
- Tippin, G.K. et Maranzan, K.A. (2022). «Photovoice as a method to reduce the stigma of mental illness among healthcare students». *Health Promotion Practice*, 23(2), 331-337. Repéré à <https://doi.org/10.1177/15248399211057152>
- Torales, J., Aveiro-Róballo, T.R., Ríos-González, C., Barrios, I., Almirón-Santacruz, J., ... Ventriglio, A. (2023). «Discrimination, stigma and mental health: What's next?». *International Review of Psychiatry*, 35(3/4), 242-250. Repéré à <https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2186218>
- Verhaeghe, M. et Bracke, P. (2011). «Stigma and trust among mental health service users». *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 294-302. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.02.001>
- Verhaeghe, M. et Bracke, P. (2012). «Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being». *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0022146512439453>
- Vignaud, A. (2017). «La pair-aidance en psychiatrie: se rétablir, innover et donner du sens». *Annales Médico-psychologiques*, 175(8), 736-740.
- Yip, C.C.H., Fung, W.T.W., Leung, D.C.K. et Chan, K.K.S. (2023). «The impact of stigma on engaged living and life satisfaction among people with mental illness in Hong Kong». *Quality of Life Research*, 32(1), 161-170. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03218-8>
- Yu, B.C.L., Chio, F.H.N., Mak, W.W.S., Corrigan, P.W. et Chan, K.K.Y. (2021). «Internalization process of stigma of people with mental illness across cultures: A meta-analytic structural equation modeling approach». *Clinical Psychology Review*, 87, 102029. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102029>
- Wang, K., Link, B.G., Corrigan, P.W., Davidson, L. et Flanagan, E. (2018). «Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment». *Psychiatry Research*, 259, 526-531. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.036>
- Weston, M.J. et Nordberg, A. (2022). «Stigma: A barrier in supporting nurse well-being during the pandemic». *Nurse Leader*, 20(2), 174-178.

Pour toute l'actualité sur la profession infirmière

- oiiq.org
- infolettre
- Perspective infirmière
- Réseaux sociaux



Argent au féminin: toujours les mêmes obstacles

D'ici la prochaine décennie, il est estimé qu'environ 900 milliards de dollars d'actifs passeront d'une génération à l'autre lors du plus grand transfert de richesse de l'histoire canadienne 1. Qu'elles s'apprêtent à prendre le relais de l'entreprise familiale, qu'elles réfléchissent à la suite des avoirs qu'elles ont cumulés, qu'elles préparent l'avenir de leurs enfants ou de leurs proches, les femmes ont tout intérêt à suivre leur argent de près. Deux expertes de la Banque Nationale vous expliquent pourquoi

Inégalités en connaissances financières

L'iniquité en matière de littératie financière et un manque d'exposition à la gestion des finances de leur ménage expliqueraient pourquoi moins de femmes que d'hommes se sentent à l'aise de prendre des décisions financières. La proportion de femmes ayant répondu correctement aux cinq questions de la plus récente Enquête canadienne sur les capacités financières est environ 30 % inférieure à celle des hommes. Dans les couples hétérosexuels où le conjoint est le principal responsable des finances, l'écart croît à 70 %.

« Dans la répartition des tâches dans le couple, les femmes ont tendance à confier la gestion des finances à leur conjoint. Ça peut être un bon arrangement, tant que des discussions sont planifiées régulièrement pour faire le point sur leurs finances. » - **Lucie Blanchet, première vice-présidente à la direction, Particuliers et Expérience client, Banque Nationale**

Or, les obstacles chez les femmes sont nombreux. La charge mentale et les responsabilités familiales leur laissent peu de temps pour s'intéresser à l'argent.

« Parler d'argent est parfois associé à tort à un discours capitaliste qui ne correspond pas à l'idéal féminin que projette la société ». - **Nancy Paquet, première vice-présidente à la direction, Gestion de patrimoine, Banque Nationale**

Voir la santé financière autrement

Sans être le plus romantique des sujets, l'argent est pourtant fondamental au mieux-être d'un couple ou d'une famille. Les soucis financiers peuvent générer du stress et avoir des répercussions sur le sommeil, sur la digestion, et même sur la santé mentale. « L'argent implique des chiffres, mais n'est pas strictement rationnel et mathématique : ça demeure hautement émotif. Prendre en charge sa sécurité financière, c'est s'occuper des gens qu'on aime et protéger leur avenir. » - **Nancy Paquet, première vice-présidente à la direction, Gestion de patrimoine, Banque Nationale**

Mieux vaut donc reconnaître que la santé financière fait partie de la santé globale et s'y intéresser de la même façon, c'est-à-dire en s'informant, en se fixant des objectifs et en posant les actions nécessaires pour les atteindre. Tout commence par une introspection, **selon Lucie Blanchet** : « Êtes-vous satisfaite de l'importance que vous accordez à la gestion de vos finances? Si la réponse est non, qu'aimeriez-vous y changer? »

Créer des moments pour parler d'argent

L'argent et la gestion des finances sont encore des sujets tabous. La gêne à parler de chiffres nuit aux échanges possibles sur les approches gagnantes à adopter pour bien gérer ses finances. Cela peut devenir un danger lorsque des gens se renseignent auprès de sources non fiables pour prendre des décisions financières.

Enfin, il est tout aussi à propos de discuter d'argent et d'économie avec son entourage et ses enfants. « On peut profiter d'un souper entre amis et parler de finances une fois par mois, donne en exemple **Nancy Paquet**. Ça enlève toute pression parce qu'il n'y a pas de mauvaise question quand on est avec des proches. »

Obtenir de l'accompagnement professionnel

L'accompagnement contribue à améliorer sa confiance, son bien-être et sa résilience financière, surtout dans un contexte d'incertitude. Une étude confirme que les gens qui travaillent avec une planificatrice financière ou un planificateur financier et qui respectent leur plan ressentent moins de stress que les autres en matière d'argent, et que cela a des retombées positives sur la résilience de leur ménage sur le plan financier. « Votre conseillère ou votre conseiller vous accueille comme vous êtes et sans jugement, peu importe votre âge, votre situation personnelle ou votre bilan. Ce qui compte, c'est de vous accompagner vers l'autonomie financière et la réalisation de vos grands projets de vie. » - **Nancy Paquet, première vice-présidente à la direction, Gestion de patrimoine, Banque Nationale**

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

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



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

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



**EEYOU
ISTCHEE**
Région 18



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

*Centre Miyupimâtisiûn (santé)
Communautaire

Profil recherché

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



Pour consulter toutes nos offres d'emplois, visitez notre site Web:

[creehealth.org/fr/
carrieres/job-opportunities](http://creehealth.org/fr/carrieres/job-opportunities)

Pour toutes questions ou demandes d'informations:

jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca
(514) 861-5955 Ext: 74300

AMÉLIORATION DÉMONTRÉE DE LA MAÎTRISE GLYCÉMIQUE SOUS RYBELSUS®

RYBELSUS® 14 mg a entraîné¹ :



RÉDUCTION DU TAUX D'A1C P/R AU DÉPART

- 1,3 % p/r à 0,8 % avec Januvia® 100 mg ($p < 0,0001$)¹
 - Les deux + MET ± SU à 26 semaines; taux initial moyen d'A1C 8,3 % (RYBELSUS® 14 mg; n = 465) et 8,3 % (Januvia® 100 mg; n = 467)



RÉDUCTION DU POIDS P/R AU DÉPART

- 3,1 kg p/r à 0,6 kg avec Januvia® 100 mg ($p < 0,001$; 2° critère d'évaluation)¹
 - Les deux + MET ± SU à 26 semaines; poids corporel initial moyen 91,2 kg (RYBELSUS® 14 mg; n = 465) et 90,9 kg (Januvia® 100 mg; n = 467)

RYBELSUS® n'est pas indiqué pour la perte de poids.

RYBELSUS® (comprimés de sémaglutide) est indiqué comme traitement d'appoint à un régime alimentaire et à un programme d'exercice afin d'améliorer la maîtrise de la glycémie chez les adultes atteints de diabète sucré de type 2, en monothérapie lorsque la metformine est jugée inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications, en association avec d'autres produits médicamenteux pour le traitement du diabète (voir la section sur les essais cliniques dans la monographie de produit pour connaître les populations de patients et les associations médicamenteuses testées)¹.

Usage clinique :

RYBELSUS® n'est pas indiqué pour le diabète de type 1 ni pour le traitement de l'acidocétose diabétique. L'utilisation de RYBELSUS® n'est pas indiquée chez les enfants. Une plus grande sensibilité de certaines personnes âgées ne peut être écartée. L'expérience thérapeutique chez les patients âgés de ≥ 75 ans est limitée.

Contre-indications :

- Hypersensibilité à RYBELSUS® ou à l'un des ingrédients de la préparation, y compris les ingrédients non médicamenteux, ou à un composant du contenant
- Antécédents personnels ou familiaux de carcinome médullaire de la thyroïde ou adénomatose pluriendocrinienne de type 2
- Grossesse ou allaitement

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Risque de tumeurs des cellules C de la thyroïde : Le sémaglutide provoque des tumeurs des cellules C de la thyroïde de façon proportionnelle au traitement, à des expositions cliniquement pertinentes, chez des rats et des souris des deux sexes. On ignore si le sémaglutide peut causer des tumeurs des cellules C de la thyroïde chez l'humain. On doit informer les patients du risque de tumeurs de la thyroïde et les renseigner sur leurs symptômes.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Hypoglycémie lors de l'utilisation concomitante de sécrétagogues de l'insuline ou d'insuline
- Conduite de véhicules et utilisation de machines
- Effets CV : augmentation de la fréquence cardiaque, allongement de l'intervalle PR
- Pancréatite
- Hypersensibilité
- Rétinopathie diabétique : surveiller les patients ayant des antécédents de la maladie afin de détecter toute aggravation
- Insuffisance rénale : la présence d'effets indésirables GI graves justifie une surveillance de la fonction rénale; des cas d'insuffisance rénale aiguë et d'aggravation d'une insuffisance rénale chronique ont été signalés
- Fertilité
- Insuffisance hépatique

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie de produit au RYBELSUS^{PM-F.ca} pour obtenir plus de renseignements sur les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques, qui n'ont pas été mentionnés dans cette publicité.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie de produit en composant le 1-800-465-4334.



Scannez ce code QR ou visitez le Rybelsus.ca pour voir une vidéo sur RYBELSUS® et découvrir des ressources utiles pour vous et vos patients!

* La signification clinique comparative n'a pas été établie. Adapté de la monographie de RYBELSUS®; Rosenstock J, et al., 2019; voir la méthodologie de l'étude ci-dessous (PIONEER 3). AR du GLP-1 : agoniste du récepteur du glucagon-like peptide-1; CV : cardiovasculaire; GI : gastro-intestinal; MET : metformine; SU : sulfonyleure.

Références : 1. Monographie de RYBELSUS® (comprimés de sémaglutide). Novo Nordisk Canada Inc., 30 mars 2020. 2. Rosenstock J, et al. Effect of additional oral sémaglutide versus sitagliptin on glycated hemoglobin in adults with type 2 diabetes uncontrolled with metformin alone or with sulfonylurea: The PIONEER 3 randomized clinical trial. JAMA. 2019.

Un essai à double insu de 78 semaines visant à comparer l'efficacité et l'innocuité de RYBELSUS® et de Januvia®. Au total, 1864 patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis aléatoirement de manière à recevoir soit RYBELSUS® 3 mg (n = 466), RYBELSUS® 7 mg (n = 465), RYBELSUS® 14 mg (n = 465) ou de la sitagliptine 100 mg (n = 467) une fois par jour, tous en association avec la metformine seule ou la metformine et une sulfonyleure. Le critère d'évaluation principal était la variation du taux d'A1C constatée à la semaine 26 p/r aux valeurs initiales.



Toutes les marques de commerce et les marques déposées sont la propriété de leurs propriétaires respectifs. RYBELSUS® est une marque déposée de Novo Nordisk A/S, utilisée sous licence par Novo Nordisk Canada Inc.
Novo Nordisk Canada Inc., tél. : 905-629-4222 ou 1-800-465-4334. www.novonordisk.ca
CA22RYB00025F
© 2023 Novo Nordisk Canada Inc.

