

La Gérontoise



Association québécoise des infirmières
et infirmiers en gériatrie

Le bien-être des aînés: préoccupation constante

Mot de la présidente	1
Recherche	
- Utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée	2
- Le rôle « invisible » des grands-parents québécois auprès de l'enfant gravement malade hospitalisé ou en fin de vie : dans le cadre d'une recherche qualitative franco-suisse-québécoise	10
- Succès du Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	17
Expériences cliniques	
- Le modèle Planetree pour une plus grande humanité en soins de longue durée	18
- Nouvelles formations sur l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	24
Communication	
- Un colloque réussi	26
- La Gérontoise d'hier à aujourd'hui...	28
- Des infirmières honorées le 28 avril	29
- Colloque de l'IUGM « Le défi de l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer »	29
- Odette Roy : prix du SIDIEFF 2009	30
- Le Y des femmes 2010 à Francine Ducharme	31
- Un membre de l'AQIIG reçoit le prix Céline Goulet	32

La Gérotoise

Automne 2010, vol. 21, no 2

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary

Montréal H3W 1W5

courriel : www.aqiig.org

tél. : (514) 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG :

Francine Lincourt Éthier

Rédaction

Directrice et

Rédactrice en chef : **Olivette Soucy**
Isabelle Yelle

Secrétaire : **Luce Brazeau**

Collaboratrices : **Edith Bilodeau**
Carl Chiasson
Maud-Christine Chouinard
Stéphane Gagnon
Nago Humbert
Brigitte Lavoie
Francine Lincourt Éthier
Nathalie Morin
Joanie Robidoux
Diane Saulnier
Olivette Soucy
Lucie Tremblay

Production

Infographie et

impression : **ZOCA Communications**

Dépôt légal

4^{ème} trimestre 2010

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1183-8051

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

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

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

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

POLITIQUE PUBLICITAIRE

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

POLITIQUE D'ABONNEMENT

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

Mot de la présidente



Bonjour à tous et toutes,

Déjà l'automne agrément nos journées avec ses multiples coloris et votre CA continue ses diverses activités.

Le bilan du colloque interdisciplinaire *Soins et services aux personnes âgées : nouveaux horizons* d'avril dernier soulignant la fin de nos activités du 25^e anniversaire, est positif autant dans le nombre d'inscriptions que dans les commentaires d'appréciation. Merci à tous les artisans de ce succès!

Lors de ce Colloque, nous avons tenu l'assemblée générale. Tous les responsables des différents comités ont présenté le bilan de leurs réalisations. Deux membres du CA se sont retirés soit madame Johanne Senneville et monsieur Michel Vaillancourt. Merci pour votre participation et bon succès dans vos nouveaux projets. Nous avons le plaisir d'accueillir un nouveau membre, madame Huguette Bleau. Bienvenue!

Lors du cocktail 25^e anniversaire qui a clôturé la journée du 28 avril, nous avons rendu hommage aux présidentes et membres des différents CA qui se sont succédés au cours de ces années d'évolution de l'association. D'ailleurs une mosaïque réalisée à cette occasion apparaît dans le présent numéro. Cette diffusion permet de rendre un hommage plus marqué à nos prédécesseurs.

Par ailleurs, à cette occasion, nous avons également souligné les honneurs attribués à deux de nos membres qui se sont particulièrement impliqués dans leur carrière en gériatogériatrie. Ce sont mesdames Odette Roy, infirmière. Ph.D., adjointe à la Direction des soins infirmiers, volet clinique et recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont qui a reçu le Prix Reconnaissance 2009 du SIDIIEF, et Louise Lévesque, professeur émérite de l'Université de Montréal qui a été fait membre de l'Ordre du Canada au printemps 2010. Soulignons également les nominations en ce début d'automne de madame Francine Ducharme, chercheure et professeure à l'Université de Montréal comme «*Femme de mérite du Y*» année 2010, section sciences et santé. Nous soulignons également la reconnaissance du travail de madame Diane Saulnier, coordonnatrice de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques en soins infirmiers (Université de Montréal) et de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille (Institut universitaire de gériatrie de Montréal) par l'Association des diplômés de l'Université de Montréal - sciences infirmières.

La gériatogériatrie est mise à l'honneur régulièrement et nous en sommes fières!

Nous avons également l'immense plaisir de collaborer au projet *Entente sur le soutien aux proches-aidants* (ESPA) en collaboration avec la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Cet outil vise à identifier les besoins de soutien des proches-aidants d'un parent âgé à domicile, de même qu'à mettre en place un plan de soutien et de services pour les combler. Le projet sera expérimenté au CSSS de la Montagne suite à une subvention du Ministère de l'éducation, du loisir et du sport, direction générale des affaires universitaires et collégiales. Pour plus de renseignement sur ESPA, voir *Perspectives infirmières*, juillet-août 2010, 42-46.

Nous tiendrons aussi comme par les années passées un kiosque lors du Congrès de OIIQ le 8 novembre prochain.

Dans notre prochaine publication nous vous informerons des critères d'admissibilité pour l'obtention de bourses de formation continue de l'AQIIG et du thème de notre souper-causerie du printemps prochain.

Bonne lecture et au plaisir de vous revoir à cette occasion.

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

Francine Lincourt Éthier,
Présidente de l'AQIIG

Utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée

Edith Bilodeau, inf. M.Sc., et Maud-Christine Chouinard, inf., Ph.D.

De plus en plus d'écrits démontrent les bienfaits, chez les personnes âgées en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques, de certaines thérapies complémentaires et alternatives de soins telles que la musicothérapie (Kusano, 2004; Léveillé, 2006), le Tai Chi (Sanglier & Sarazin, 2004; Young, Apple, Jee, & Miller, 1999), la thérapie assistée par l'animal ou la zoothérapie (Banks, 1998; Belin, 2000; Bernatchez, 1999, 2000, 2001; De Palma, 2004; Fine, 2000), la thérapie par la danse (Pelletier, 2002) de même que le toucher thérapeutique (Giasson, Leroux, Tardif, & Bouchard, 1999; Krieger, 1998, 2006; West, 2001).

En 1987, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a adopté une position officielle selon laquelle le toucher thérapeutique, le massage, la relaxation, la visualisation et la rétroaction biologique (biofeedback) sont des outils complémentaires de soins qui peuvent être utilisés de façon autonome par les infirmières, quel que soit leur milieu de travail et compte tenu de leur formation. L'Ordre a réitéré sa position, six ans plus tard, dans un mémoire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993) présenté à la Commission des affaires sociales sur les thérapies alternatives en soulignant qu'il fallait rendre les pratiques complémentaires de soins accessibles dans les centres hospitaliers et dans les centres de soins de longue durée. En considérant ces centres comme un prolongement du milieu de vie naturel, de tels services doivent être accessibles aux personnes qui en font la demande au même titre que tout autre service, tels les services d'esthétique, de coiffure, etc. L'OIIQ ajoutait que la personne admise en CHSLD qui désire recevoir un massage ou rencontrer son homéopathe à l'occasion doit pouvoir continuer de le faire à la condition d'en assumer les coûts. Les centres concernés doivent ainsi faciliter l'accès à ces services aux résidents qui le demandent.

Les thérapies complémentaires de soins, qui complètent le traitement médical conventionnel, sont des traitements prodigués ou recommandés par le personnel soignant (Couillard, 2002). D'une part, elles ne vont pas à l'encontre du diagnostic médical ni du traitement prescrit, mais les soutiennent. D'autre part, une thérapie traditionnelle peut constituer la première approche de traitement, et ce, en remplacement des soins médicaux classiques; elle porte alors le nom de thérapie alternative. Selon Sylvain (2002), les pratiques complémentaires de soins telles que la relaxation, la visualisation, le massage ou la méditation représentent plus que de simples techniques, car c'est toute une façon de concevoir les soins qui sous-tend ces pratiques. Pour ceux qui sont atteints de maladies chroniques présentant peu ou pas d'espoir de guérison ou en phase terminale, les pratiques axées sur l'esprit, l'énergie et le spirituel ciblent des dimensions du bien-être qui peuvent leur rendre un certain sentiment de contrôle (Tataryn & Verhoef, 2001).

L'approche holistique dans les soins infirmiers est vue comme un processus dynamique qui tient compte de l'individualité, de la créativité et du respect pour les rythmes de la vie (Bright, Andrus, & Lunt, 2002). Pour une pratique de soins renouvelée, les activités de soins peuvent alors inclure le toucher thérapeutique de même que les différentes méthodes de retour vers soi et de gestion du stress telles que l'imagerie, la visualisation, le biofeedback, la méditation, le yoga et la thérapie musicale. Ces activités s'ajoutent aux thérapies conventionnelles mais elles ne les remplacent pas (Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003).

La perspective holistique en matière de santé et de soins de santé constitue un facteur marquant et important dans l'utilisation croissante des approches complémentaires et alternatives de soins (Tataryn & Verhoef, 2001). Au Canada et dans les autres pays industrialisés, on remarque un intérêt

grandissant pour les approches complémentaires en santé ainsi que pour leur utilisation (de Bruyn, 2001). Dans le contexte de ses politiques, Santé Canada (2005) a retenu l'expression «approches complémentaires et parallèles en santé». La définition souvent citée est celle qui a été acceptée par l'Office of Alternative Medicine des Nations Institutes of Health aux États-Unis (de Bruyn, 2001). Cette définition a servi de point de départ aux travaux en matière de politique de santé au Canada :

Les approches complémentaires et parallèles en santé constituent un vaste domaine de ressources de guérison qui englobe tous les systèmes, toutes les modalités et toutes les pratiques de santé de même que les théories et les croyances qui les accompagnent, autres que celles qui sont intrinsèques au système de santé politiquement dominant d'une société ou d'une culture particulière dans une période historique donnée. Les approches complémentaires et parallèles comprennent toutes les pratiques et les idées que définissent leurs utilisateurs comme prévenant ou traitant la maladie ou favorisant la santé et le bien-être. Les limites des approches complémentaires et parallèles, ainsi que les limites entre le domaine des approches complémentaires et parallèles et celui du système dominant ne sont pas toujours précises ni fixes. (p. 9)

Diverses autres expressions sont utilisées pour désigner les approches alternatives dans le domaine de la santé, soit : pratiques complémentaires de soins et thérapies alternatives (Potter & Perry, 2005; OIIQ, 1993), médecines douces, médecines non conventionnelles, médecines parallèles ou alternatives et approches complémentaires ou holistiques (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2005). Le terme « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) est couramment utilisé dans la pratique médicale (Arsenault, 2006; National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2007). Dans le cadre de cette recherche, l'expression « thérapies complémentaires et alternatives de soins », utilisée tant dans les milieux francophones (CHU de Rouen, 2007) qu'anglophones (Fontaine, 2005), a été retenue pour désigner l'ensemble des approches complémentaires et parallèles en santé telles que définies par Santé Canada (2005), car les outils complémentaires de soins recommandés par l'OIIQ y sont intégrés.

La tendance actuelle consiste en l'intégration des approches complémentaires aux soins de santé conventionnels, ce qu'on appelle la « médecine intégrée » selon l'Agence de santé publique du Canada (2004). Le modèle de médecine intégrée relève de la collaboration et du respect mutuel entre les professionnels de la santé et les autres praticiens formés par les écoles de médecines parallèles (Potter & Perry, 2005). Ainsi, selon le modèle de médecine intégrée ou intégrative, le client peut se voir offrir différentes options de soins de santé, dont les traitements biomédicaux occidentaux et une gamme de pratiques complémentaires de soins.



But de la recherche

Malgré cet intérêt partagé pour les thérapies complémentaires et alternatives de soins, il existe à l'heure actuelle très peu de données sur l'utilisation par les infirmières de ces approches auprès de la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie tant au Québec que dans le reste du Canada et aux États-Unis. Par ailleurs, les démarches effectuées auprès de l'Agence de santé et des services sociaux de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean n'ont pas permis de repérer des données répertoriées concernant l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les CHSLD de la région. Le but de cette recherche était donc de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.



Cadre de référence

Le modèle conceptuel développé par Martha Rogers (1970), qui préconise une approche holistique de l'être humain, a été retenu comme cadre de référence de ce projet de recherche. Le modèle développé par Rogers privilégie l'approche non invasive et s'applique bien à l'orientation philosophique de la présente étude. Il montre comment les approches complémentaires et alternatives s'inscrivent dans une perspective holistique. Il précise également de quelle façon ces approches peuvent être comprises ou utilisées dans la pratique infirmière auprès de la clientèle âgée hébergée dans les CHSLD.

❖
Méthodologie

Type d'étude

Une étude descriptive de type enquête a été menée auprès des infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin de répertorier les thérapies complémentaires et alternatives de soins utilisées auprès de la clientèle en CHSLD. Selon Fortin (1996), ce type d'enquête décrit un phénomène relatif à une population visant à établir les caractéristiques de cette population ou d'un échantillon de celle-ci.

Milieux

L'étude a été réalisée dans 21 CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean sur une possibilité totale de 22. Le fait de solliciter l'ensemble des CHSLD de la région avait pour but de décrire de la manière la plus exhaustive possible l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les CHSLD de la région, car cette utilisation peut varier d'un centre à l'autre. La répartition des CHSLD dans chaque territoire a été la suivante : Jonquière (4), Chicoutimi (4), La Baie (3), Lac-Saint-Jean-Est (3), Domaine-du-Roy (5) et Maria-Chapdelaine (2).

Population et échantillon

La population était représentée par toutes les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Sur un total de 230 questionnaires distribués ($N = 230$) dans les CHSLD, 98 réponses ($n = 98$) ont été retournées pour un taux de participation de 42,6%. La méthode d'échantillonnage était non probabiliste de convenance (Fortin, Coté, & Filion, 2006), car les intervenants invités à répondre aux questions relatives à l'étude devaient être présents dans le milieu de travail à ce moment-là. Son déroulement s'est effectué sur une période d'un mois. Les professionnels ciblés absents du CHSLD au cours de cette période ne pouvaient participer à l'étude.

Déroulement des activités de recherche

À la suite de l'obtention des approbations éthiques de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et du Centre de santé et des services sociaux de

Chicoutimi (CSSSC), des lettres d'information sur le projet de recherche ont été envoyées à l'Agence régionale de la santé ainsi qu'aux directions des soins infirmiers de chacun des territoires de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean de même qu'aux coordonnateurs des CHSLD. Par la suite, tous les responsables des CHSLD ont été rencontrés pour leur expliquer le projet de recherche, obtenir une entente de collaboration écrite à l'étude, remettre les formulaires d'information aux répondants de même que les questionnaires de recherche. De plus, un texte publicitaire a été déposé dans chacun des établissements pour informer les professionnels sur la recherche effectuée dans leur centre et les inviter à remplir les questionnaires. Deux semaines après la remise des questionnaires, une carte de remerciement pour leur participation à la recherche a été envoyée à tous les centres participants. Une seconde lettre a été postée à tous les responsables des CHSLD pour les informer de la date de récupération des boîtes de questionnaires.

Collecte des données

La collecte des données a été effectuée à l'aide de deux questionnaires auto-développés comprenant des questions fermées et à choix multiples. Ces questionnaires avaient été préalablement révisés et validés par deux professeurs d'université et par un professeur du collégial. Le mode de distribution des questionnaires de recherche a été le même pour tous, soit par l'entremise du responsable du CHSLD participant, comme convenu dans l'entente de collaboration. Le document remis par le responsable du CHSLD à chaque professionnel ciblé comprenait un formulaire d'information, les questionnaires de recherche et l'enveloppe-réponse.

Les questionnaires étaient composés de deux parties brochées séparément. La première partie mentionnait les directives, la liste des thérapies complémentaires et alternatives de soins regroupées par catégories et les références liées à ces thérapies. L'Agence de santé publique du Canada (2004) a dressé une liste des approches complémentaires et parallèles en santé. Elles ont été regroupées en trois principales catégories, soit les thérapies qui nécessitent des manipulations physiques, les thérapies de l'énergie corporelle et les traitements par la relation de l'esprit et du corps. Une quatrième catégorie intitulée « autres thérapies » a permis d'inclure des approches qui n'avaient pas été citées dans la liste

proposée, par exemple la zoothérapie. Cette catégorisation a servi de base aux questionnaires de recherche utilisés dans le cadre de la présente étude. La seconde partie présentait le questionnaire sociodémographique comprenant la classe d'âge, le titre de l'emploi, le nombre d'années d'expérience de travail dans la profession et en CHSLD ainsi que le niveau de formation du répondant. Pour chaque thérapie utilisée, ce dernier devait en indiquer le nom, la clientèle visée, la durée et la fréquence de l'utilisation de même que le lieu de la formation reçue en rapport avec cette dernière. Une fois remplis, les questionnaires devaient être mis immédiatement dans une enveloppe qui était ensuite scellée et déposée dans la boîte réservée à cet effet sur laquelle étaient placées des informations sur la recherche (nom de l'étudiante, université d'appartenance, titre de la recherche, date finale de remise des questionnaires complétés, directives pour respecter l'anonymat et la confidentialité des données et remerciements). Toutes les boîtes scellées servant à recueillir les questionnaires complétés ont été laissées dans les centres pendant une durée de plus d'un mois et ont été ramassées par la suite.

Analyse des données

Les questionnaires ont fourni des données de base permettant d'établir des mesures de fréquence d'utilisation, des moyennes et des écarts-types. Le logiciel SPSS 13.0 (Statistical Package for Social Science), disponible à l'UQAC, a servi pour l'analyse des données. Un consultant en statistique a contribué à l'analyse des données.

Résultats

Les données sociodémographiques sont présentées au Tableau 1, soit le nombre de répondants par territoires, par titres d'emploi regroupés, par groupes d'âge, selon le sexe et par niveaux de formation. Certains titres d'emploi énumérés par les répondants ont été regroupés; par exemple, les titres d'infirmière, d'infirmière bachelière, d'infirmière clinicienne et d'assistante-infirmière en chef forment le groupe «infirmière». De plus, les titres de physiothérapeute, d'ergothérapeute et de spécialiste en réadaptation physique ont constitué le groupe «thérapeute» alors que les titres de récréologue, de technicien et d'animateur en loisirs forment le groupe «loisir». Les répondants en éducation spécialisée et en travail social n'ont pas été regroupés.

Le groupe modal d'âge le plus important est celui des 45-49 ans avec un pourcentage de 23,5 %. La majorité des répondants a complété une formation collégiale (60,2 %). Un total de 68 répondants ayant inscrit leur titre d'emploi au féminin et 2 au masculin a permis d'identifier le sexe de 70 participants parmi les 98. Le minimum d'années d'expérience dans la profession se situe à 0,5 et le maximum est de 38 années. En ce qui concerne la moyenne d'années d'expérience dans les CHSLD, les résultats varient de 0,2 année à 34 années d'expérience.

Tableau 1

Variables sociodémographiques des répondants (n = 98)

VARIABLES	CATÉGORIE	n	%
Territoires	Chicoutimi	15	15,3
	Jonquière	16	16,3
	La Baie	14	14,3
	Domaine-du-Roy	23	23,5
	Lac-St-Jean-Est	18	18,4
	Maria-Chapdelaine	12	12,2
Titres d'emploi regroupés	Infirmière	64	65,3
	Thérapeute	18	18,4
	Éduc. spécialisée	10	10,2
	Loisir	4	4,1
	Travail social	2	2,0
	Groupes d'âge	Moins de 25 ans	3
25 à 34 ans		4	4,1
35 à 44 ans		30	30,6
45 à 54 ans		44	44,9
55 à 64 ans		16	16,3
Non précisé		1	1,0
Sexe*	Féminin	68	69,4
	Masculin	2	2,0
	Non précisé	28	28,6
Niveaux de formation	Collégial	59	60,2
	Certificat universitaire	14	14,3
	Baccalauréat	22	22,4
	Maîtrise	3	3,1

* Correspond au nombre total de répondants qui ont inscrit leur titre d'emploi soit au féminin ou au masculin.

Selon la liste des 26 thérapies complémentaires et alternatives de soins répertoriées par l'Agence de santé publique du Canada (2004) et telle que proposée dans le questionnaire de recherche, un total

de 14 thérapies (53,8 %) a été mentionné par les répondants. Par ailleurs, la zoothérapie ainsi que la «toutothérapie» ont été classées dans «Autres thérapies» (7,7 %) par les répondants même si elles n'apparaissent pas dans la liste proposée.

Les thérapies les plus fréquemment utilisées dans les CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (Tableau 2) sont la massothérapie (36,7 %), la musicothérapie (29,6 %), la relaxation (20,4 %), le toucher thérapeutique (13,3 %), la zoothérapie (12,2 %), la thérapie par le mouvement (8,2 %) et la visualisation (8,2 %). Les thérapies telles que l'art-thérapie, la thérapie par la danse, l'aromathérapie, la polarité, la réflexologie, la couleur, la méditation, la «toutothérapie» et le yoga sont utilisées dans une faible proportion.

Certaines thérapies telles que la massothérapie, la musicothérapie, la zoothérapie, l'art-thérapie, la réflexologie et le yoga peuvent avoir été offertes par des ressources extérieures du CHSLD et elles ont fait l'objet d'une description séparée lors de la présentation de leurs résultats. Lors de l'utilisation d'une thérapie par des ressources extérieures, les données sociodémographiques des répondants telles que la région, le territoire correspondant, le titre de l'emploi du répondant et son groupe d'âge, ont été exclues des calculs pour cette thérapie. Cette exclusion avait pour but d'éviter de fausser les résultats, car les ressources extérieures ne sont pas des professionnels ciblés travaillant dans les CHSLD. Toutefois, la clientèle visée, la durée de la thérapie et la fréquence d'utilisation étaient prises en considération, car ces données correspondent à la clientèle recevant cette thérapie. Ces résultats fournissent des renseignements supplémentaires sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

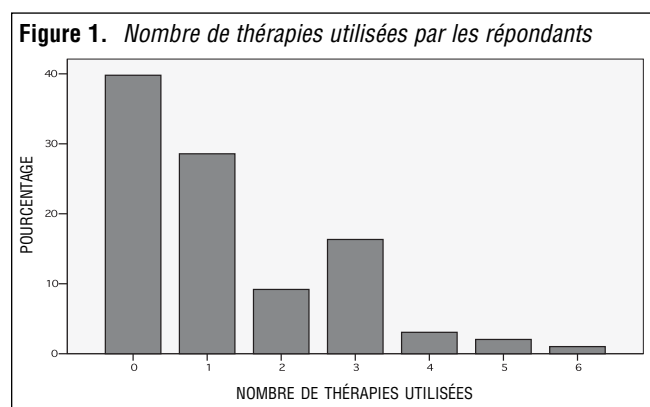


Tableau 2

Fréquences d'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les CHSLD de la région du Saguenay Lac-Saint-Jean (n = 98)

Thérapies utilisées	Fréquences	%
Massothérapie*	36	36,7
Musicothérapie*	29	29,6
Relaxation	20	20,4
Toucher thérapeutique	13	13,3
Zoothérapie*	12	12,3
Thérapie par le mouvement	8	8,2
Visualisation	8	8,2
Art-thérapie*	3	3,1
Thérapie par la danse	3	3,1
Aromathérapie	2	2,0
Polarité	2	2,0
Réflexologie*	2	2,0
Couleur	1	1,0
Méditation	1	1,0
Toutothérapie	1	1,0
Yoga*	1	1,0

* Résultats incluant les thérapies effectuées par des ressources extérieures : massothérapie (n = 4), musicothérapie (n = 6), zoothérapie (n = 10), art-thérapie (n = 1), réflexologie (n = 1) ainsi que yoga (n = 1).

Le nombre de thérapies utilisées par les répondants est présenté à la Figure 1. La plus grande proportion des répondants, soit 39,8 % (n = 39), n'utilise aucune thérapie, 28,6 % (n = 28) ne recourent qu'à une seule, 9,2 % (n = 9) font usage de deux thérapies, 16,3 % (n = 16) en emploient trois, 3,1 % (n = 3) en utilisent quatre alors que 2 % (n = 2) des répondants ont recours à cinq thérapies dans leur travail et finalement un seul répondant utilise un total de six thérapies.

Pour chacune des thérapies complémentaires et alternatives, des tableaux croisés ont été dressés dans le but d'obtenir les résultats concernant l'utilisation par titres d'emploi, par régions, par territoires et par formations. De plus, pour certaines variables, la durée de même que la fréquence d'utilisation ont été mises en relation avec la clientèle visée.

❖
Discussion

Le taux de réponses obtenu dans cette recherche a été de 42,6 %. Ce taux peut être considéré comme acceptable car selon Fortin et al. (2006), le taux de réponses se situe en moyenne entre 25 % et 30 % pour des questionnaires envoyés par la poste. Toutefois, on peut présumer que les professionnels ayant répondu aux questionnaires de recherche sont probablement ceux qui utilisaient les thérapies complémentaires et alternatives de soins auprès des résidents en CHSLD et qu'une plus large proportion qui ne les utilisait pas, n'a probablement pas considéré la nécessité de compléter le questionnaire de recherche.

Concernant les infirmières travaillant auprès de la clientèle dans les CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les résultats obtenus dans cette recherche montrent qu'elles utilisent principalement les outils complémentaires de soins recommandés par l'OIIQ, soit le massage, le toucher thérapeutique de même que la relaxation et la visualisation. De plus, la musicothérapie est une approche complémentaire qui est favorisée par ces professionnelles. Couillard (2002) souligne que de nombreuses infirmières démontrent un intérêt pour les pratiques complémentaires de soins et les thérapies alternatives qui préconisent une approche holistique à l'égard du client. Dans l'ensemble, les thérapies complémentaires se fondent sur la globalité des individus et reposent sur le lien étroit entre le corps et l'esprit (Aubin, Verreault, Savoie, & Proulx, 2006). De plus, ces stratégies non pharmacologiques ont souvent une action bénéfique et renforcent celle des médicaments. Les infirmières peuvent se familiariser avec ces approches pour les ajouter aux pratiques habituelles de soins et ainsi venir en aide aux résidents dont elles ont la charge. Rogers (citée dans Madrid & Winstead-Fry, 2001) déclarait que les pratiques de soins de l'avenir seront caractérisées par l'utilisation d'approches non envahissantes.

Le fait d'offrir certaines thérapies par des ressources extérieures aux CHSLD va dans le sens des recommandations de l'OIIQ dans son mémoire portant sur les thérapies alternatives présenté à la Commission des affaires sociales (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). En effet, l'OIIQ y soulignait qu'il fallait rendre les pratiques complémentaires de

soins accessibles dans les centres de soins de longue durée. Ces services doivent être disponibles aux personnes qui en font la demande.

En ce qui concerne le massage qui est la thérapie la plus utilisée dans les CHSLD, les résultats de cette enquête révèlent que ce sont majoritairement des infirmières qui l'utilisent dans leur pratique, suivies des thérapeutes et des éducateurs spécialisés. Le massage est un outil complémentaire de soins recommandé aux infirmières dans leur pratique par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1993). Selon Savatofski (1999), de nombreux auteurs s'accordent pour préconiser le toucher et le massage comme interventions spécifiques à l'infirmière et, par extension, aux autres soignants. Pour la plupart des infirmières ayant participé à la présente recherche, la formation en rapport avec le massage a été acquise de façon personnelle plutôt qu'aux niveaux collégial ou universitaire. La présente enquête n'a pas permis de connaître le type de formation personnelle en relation avec la thérapie utilisée.

La musicothérapie est la deuxième thérapie la plus utilisée dans les CHSLD de la région. Selon Léveillé (2006), cette approche thérapeutique suscite un grand intérêt tant chez les scientifiques que chez les cliniciens. Les résultats de plusieurs études en démontrent les bienfaits physiques, psychologiques et sociaux. De plus, la musicothérapie est un outil thérapeutique permettant de maintenir, de rétablir et d'améliorer la santé physique et mentale des résidents dans les CHSLD. L'utilisation systématique de la musique peut produire un état de relaxation de même que des changements sur les plans émotionnel, comportemental et physiologique (Dossey, Guzzetta, & Keegan, 2000). L'écoute de la musique peut être une expérience holistique, car l'écoute de certaines variétés musicales, à différents moments de la journée et de la semaine, peut permettre de réduire le stress et d'être une source de guérison (Dossey et al., 2000). La musicothérapie est efficace pour contrer les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence tels que l'agitation, et réduit les symptômes de l'anxiété et de la dépression (Léveillé, 2006). Les résultats de la présente enquête révèlent que la musicothérapie est offerte dans les cas d'agitation, de troubles cognitifs et de problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne le toucher thérapeutique, il est principalement utilisé par les infirmières pour diminuer la douleur, l'anxiété et l'agitation de même que dans le cadre des soins palliatifs. Selon les recherches de Krieger (2006), la première réponse du patient lors du toucher thérapeutique est la relaxation, qui se manifeste après seulement 2 à 3 minutes de traitement. De plus, on a constaté d'un point de vue clinique une importante diminution de la douleur à la suite du toucher thérapeutique. Les malades en phase terminale qui sont libérés du stress consécutif à une douleur persistante sont en mesure d'entamer une transition paisible vers la mort. Aubin et al. (2006) soulignent que le toucher thérapeutique favorise la relaxation, diminue la douleur et améliore les capacités fonctionnelles des résidents, car cette thérapie permet la libre circulation de l'énergie corporelle.

La thérapie assistée par l'animal est utilisée dans 12 des 21 CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Selon Bernatchez (2000), la zoothérapie constitue une stratégie d'intervention privilégiée pour la clientèle âgée vivant en établissement et qui souffre d'isolement, car elle permet d'alléger la solitude des aînés dans les CHSLD. Malgré que le recours à un consultant professionnel détenant les connaissances en comportement animal, en zoothérapie ou en implantation de programmes d'intervention s'avère le choix le plus judicieux, la zoothérapie peut prendre plusieurs formes (Bernatchez & Brousseau, 2006). Elle peut consister en une simple visite d'un animal familier accompagné d'un bénévole, en l'implantation plus complexe d'un programme d'intervention en zoothérapie ou encore en la présence d'un animal résidant dans le milieu même. Dans la présente enquête, la zoothérapie est principalement effectuée par des ressources extérieures qui amènent des animaux dans le CHSLD, le plus souvent des chiens.

Les résultats obtenus dans cette recherche ont permis de connaître l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et ne peuvent être généralisés à l'ensemble du Québec. Toutefois, l'ensemble des CHSLD de la région a été sollicité dans le but d'obtenir des données probantes sur l'utilisation actuelle des thérapies complémentaires et alternatives dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

❖ *Conclusion*

Cette recherche visait à décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les CHSLD de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, car aucune donnée probante n'avait été répertoriée sur le sujet. Les résultats obtenus par cette étude descriptive de type enquête effectuée à l'aide de questionnaires de recherche distribués dans 21 CHSLD de la région ont permis de découvrir que le massage, la musique, la relaxation, le toucher thérapeutique de même que la zoothérapie sont les thérapies les plus fréquemment utilisées auprès de la clientèle des CHSLD. Les données recueillies pour chacune de ces thérapies ont fait connaître la clientèle visée, la durée et la fréquence d'utilisation de ces dernières de même que la formation des répondants en rapport avec la thérapie utilisée. De plus, les caractéristiques sociodémographiques des répondants ont été analysées en fonction des thérapies ciblées dans leur pratique.

Les résultats obtenus dans la présente enquête ne peuvent être généralisés à l'ensemble des régions du Québec. Toutefois, selon Fortin et al. (2006), les recherches descriptives ouvrent la voie à des études plus approfondies. De telles recherches permettraient, entre autres, de vérifier les bienfaits à court et à moyen terme de ces thérapies auprès de la clientèle vivant dans les CHSLD.

Les perspectives futures en matière de thérapies complémentaires et alternatives de soins sont nombreuses, car l'intérêt des professionnels pour ces dernières est récent. Les recherches et l'augmentation de la fréquence d'utilisation de nombreuses thérapies favoriseront leur expansion, et ce, pour le grand bénéfice des personnes âgées vivant dans les CHSLD.

NOTE

Cet article est un extrait de l'essai intitulé «*Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean*». Il a été réalisé en 2008 par Edith Bilodeau dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Chicoutimi sous la direction de Maud-Christine Chouinard, professeure agrégée à l'Université du Québec à Chicoutimi. Le texte intégral de cet essai est disponible sur le site de la bibliothèque de l'Université du Québec à Chicoutimi au <http://www.uqac.ca> sur le portail «Mémoires et thèses».

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2004). *Qu'est-ce que les approches complémentaires et parallèles en santé?* Ottawa, Ontario.
- Arsenault, P. (2006). *Les MAC et la médecine conventionnelle : vers une vision intégrée*. Conférence présentée par le Centre de formation continue, Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) en pratique : Être bien renseigné(e) pour mieux conseiller. Université de Sherbrooke.
- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., & Proulx, S. (2006). La douleur. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 289-299). Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Banks, M. R. (1998). *The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities*. Thèse de doctorat inédite, Louisiana State University.
- Belin, B. (2000). *Animaux au secours du handicap*. Paris : L'Harmattan.
- Bernatchez, A. (1999). Le rôle modérateur de l'animal sur les comportements perturbateurs des personnes âgées présentant des déficits cognitifs. *La Gérontoise*, 10(2), 28-31.
- Bernatchez, A. (2000). La thérapie assistée par l'animal (T.A.A.) en tant qu'approche d'intervention auprès des personnes âgées vivant l'expérience de la solitude en institution. *La Gérontoise*, 11(1), 17-19.
- Bernatchez, A. (2001). Les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal auprès d'une population de personnes âgées atteintes de la démence de type Alzheimer. *L'Accolade*, 4(1).
- Bernatchez, A., & Brousseau, C. (2006). La zoothérapie. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 479-487). Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Bright, A., Andrus, V., & Lunt, J. Y. (2002). Health, healing and holistic nursing. Dans M. A. Bright (Éd.), *Holistic health and healing* (pp. 33-45). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- CHU de Rouen. (2007). *Thérapies complémentaires et alternatives*. Récupéré le 09 juillet 2007 de <http://www.chu-rouen.fr/ssf/ther/therapiescomplementairesetalternatives.html>.
- Couillard, D. (2002). Pratiques complémentaires de soins et thérapies alternatives. Dans P. A. Potter & A. G. Perry (Éds.), *Soins infirmiers* (pp. 892-909). Laval, Québec : Éditions Études Vivantes.
- de Bruyn, T. (2001). Rapport d'étape : Questions de politiques associées aux approches complémentaires et parallèles en santé. Dans *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé*. Recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada. Ottawa, Ontario.
- De Palma, M. (2004). *Entre l'humain et l'animal*. Outremont, Québec : Les Éditions Quebecor.
- Dossey, B. M., Guzzetta, C. E., & Keegan, L. (2000). *Holistic nursing: A handbook for practice* (3^e éd.). Gaithersburg, MD : Aspen Publishers.
- Fine, A. H. (2000). *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. San Diego, CA : Academic Press.
- Fontaine, K. L. (2005). *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (2^e éd.). Upper Saddle River, NJ : Pearson Prentice Hall.
- Fortin, M. F. (1996). *Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal, Québec : Décarie Éditeur.
- Fortin, M. F., Coté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Giasson, M., Leroux, G., Tardif, H., & Bouchard, L. (1999). Le toucher thérapeutique : une nouvelle façon d'aider les personnes atteintes de démence de type Alzheimer. *L'infirmière du Québec*, 6(6), 38-47.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2^e éd.). Laval, Québec : Beauchemin.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : théorie et pratique* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Krieger, D. (1998). *Guide du toucher thérapeutique*. Genève, Suisse : Vivez Soleil.
- Krieger, D. (2006). *Le guide du magnétisme*. Paris : Éditions J'ai lu.
- Kusano, K. (2004). *The effectiveness of music therapy in reducing agitated behavior among Alzheimer's disease patients*. Mémoire de maîtrise inédit, California State University.
- Léveillé, L. (2006). La musicothérapie. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 489-494). Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Madrid, M., & Winstead-Fry, P. (2001). Nursing research on the health patterning modalities of therapeutic touch and imagery. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 187-194.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2007). *What is CAM? Are complementary medicine and alternative medicine different from each other?* Récupéré le 09 juillet 2007 de <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1987). *Les outils complémentaires de soins : prise de position*. Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1993). *Les pratiques complémentaires de soins. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre des audiences publiques sur les thérapies alternatives*. Montréal.
- Pelletier, E. A. (2002). *Dance movement therapy for persons with dementia of the Alzheimer type: A dynamical systems perspective of personhood*. Mémoire de maîtrise, University of Manitoba.
- Potter, P. A., Perry, A. G. (2005). *Soins infirmiers*. Laval, Québec : Beauchemin.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Sangler, I., & Sarazin, M. (2004). *Le Tai Chi Chuan, travail corporel et cognitif de rééducation des patients atteints d'Alzheimer et de maladies apparentées*. Soins, (685), 42-43.
- Santé Canada. (2005). *Les approches complémentaires et parallèles en santé... l'autre piste conventionnelle?* Récupéré le 22 mars 2006 de http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2003-7-complement/intro_f.html.
- Savatofski, J. (1999). *Pratiquer... le toucher massage*. Paris : Éditions Lamarre.
- Sylvain, H. (2002). La vision holistique dans la pratique infirmière : une question de... paradigme? *Infirmière canadienne*, 3(1), 9-12.
- Tataryn, D., & Verhoef, M. J. (2001). Intégration de l'approche conventionnelle et des approches complémentaires et parallèles en santé : vision d'une démarche. Dans *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé. Recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada*. Ottawa, Ontario.
- West, A. (2001). *Le toucher thérapeutique : participer au processus naturel de guérison*. Montréal : Du Roseau.
- Young, D., Apple, L., Jee, S., & Miller, E. (1999). The effects of aerobic exercise and Tai Chi on blood pressure in older people: Results of a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(3), 277-284.

REMERCIEMENTS – Les auteurs souhaitent remercier particulièrement tous les professionnels des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui ont répondu aux questionnaires de recherche ainsi que tous les responsables des CHSLD qui ont accepté de collaborer à cette recherche.

Edith Bilodeau, inf., M.Sc., est chargée de cours à l'Université du Québec à Chicoutimi. Elle enseigne sur la santé des aînés ainsi que sur les maladies chroniques et les pratiques de soins holistiques. Elle travaille comme infirmière au Centre de santé et des services sociaux de Jonquière.

Maud-Christine Chouinard, inf., Ph.D., est professeure-chercheuse à l'Université du Québec à Chicoutimi. Ses recherches portent principalement sur les soins et services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Le rôle « invisible » des grands-parents québécois auprès de l'enfant gravement malade hospitalisé ou en fin de vie : dans le cadre d'une recherche qualitative franco-suisse-québécoise

Nago Humbert, Ph.D., et Nathalie Morin, M.Sc

❖ **Introduction**

Tout d'abord menée en France sous la direction de Catherine Le Grand-Séville, socio-anthropologue de la Faculté de médecine de l'Université de Lille 2, entre 2006 et 2008, la recherche s'est étendue au Québec sur la même période, puis en Suisse romande, à partir de 2008¹. Nous traiterons donc, dans cet article, du volet québécois de cette recherche multisites, les autres volets faisant l'objet de parutions distinctes.

Du côté de la France, une enquête nationale rendue publique (Sparadrap, 2004) révélait que sur les 170 services hospitaliers pédiatriques répondants, 75 % d'entre eux admettent comme visiteurs les grands-parents auprès de l'enfant malade, alors que 23 % ne le permettent qu'exceptionnellement ou pas du tout. Face à ce constat, il apparaissait indispensable d'entreprendre une recherche afin de mieux connaître et d'approfondir l'expérience, le rôle et les attentes de grands-parents parfois privés de relations avec leurs petits-enfants hospitalisés en service de soins lourds (soins intensifs, néonatalogie...). Qu'en était-il au Québec ? Quel rôle les grands-parents jouent-ils dans les soins à l'enfant, auprès de la famille et dans le milieu hospitalier ? Quelles sont les formes de soutien déployées par eux ? Qu'est-ce qui échappe à la vue du milieu hospitalier et des soignants ? Et pourquoi est-ce important de le révéler, de le mettre en lumière ?

❖ **Peu d'études sur le sujet**

De manière générale, les travaux de recherche sur le rôle et le soutien des grands-parents dans un contexte de maladie grave ou de fin de vie d'un petit-enfant sont presque inexistantes.

❖ **Grands-parents et petits-enfants handicapés**

Cependant, Mitchell, dans sa revue de littérature britannique et nord-américaine au sujet du rôle des grands-parents auprès d'enfants handicapés, fait ce constat : « *There is a growing literature on the role of grandparents in their children's families, the support they provide and their own needs and attitudes to grand-parenting. However, there is limited research about the support grandparents provide to families with disabled children.* » (Mitchell, 2006)². Malgré le peu de recherches et les échantillons souvent restreints et difficilement comparables sur le plan méthodologique, Mitchell estime que les grands-parents sont une source importante de support (soin de répit, aide domestique, conseils, écoute attentive) pour les parents dont les enfants sont lourdement handicapés. Des auteurs comme Findler (2000), Green (2001), Katz&Kessel (2002), Trute (2003), Prudhoe & Peters (1995), Rempusheski, Schilmoeller & Baranowski (1998), Vadasy et al., (1986) font sensiblement les mêmes remarques et répètent que, bien que les études soient peu nombreuses, il semble que ce soient les grands-parents qui offrent le plus d'aide courante et de support, sur une base hebdomadaire, aux parents par rapport aux autres membres de la parenté ou amis, et que le soutien affectif des grands-parents permettrait une plus grande adaptation psychologique des parents et réduirait leur stress. Mirfin-Veith & all (1997), en Nouvelle-Zélande, identifie quant à elle deux types de soutiens : « *practical support (e.g., babysitting, household chores, respite care, financial support); and emotional support (e.g., listening ear, non-judgemental advice, acceptance of child's disability, affirmation of parents' coping ability).* »³

❖
**Grands-parents et petits-enfants
atteints d'un cancer**

De manière plus spécifique, trois études en milieu oncologique, (Charlebois 2004; Faulkner Peace & O'Keeffe, 1995, Martinson, 1998) abordent l'expérience des grands-parents dont un petit-enfant est atteint de cancer. Faulkner Peace & O'Keeffe (1995) indiquent avoir rencontré 15 grands-parents britanniques et estiment que pour eux, voir leur petit-enfant souffrir ainsi que leurs enfants, leur procure une douleur très importante. Les grands-parents seraient aussi, encore une fois, une source significative de soutien pratique et affectif pour les membres de la famille. De son côté, Martinson (1998) a interrogé 19 grands-parents taiwanais dans le but d'explorer leur compréhension de la maladie de leur petit-enfant atteint de cancer et le type de soutien qu'ils pouvaient apporter à la famille. Cette étude descriptive démontre que la plupart des grands-parents affirment avoir soutenu la famille en prenant soin des membres de la fratrie, en prenant soin de l'enfant malade ou en fournissant un soutien financier.

Plus récemment, Charlebois (2004), par le biais de son mémoire de maîtrise de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, explore auprès de 8 grands-parents leur expérience d'avoir un petit-enfant atteint de cancer. Ses conclusions :

« Avoir un petit-enfant atteint de cancer signifie, pour tous les grands-parents de l'étude : 1. la pire des expériences qu'ils puissent vivre, 2. un devoir vital de soutenir les membres de la famille, 3. que ce devoir est intimement lié à la perception de leur rôle comme grands-parents et 4. un besoin de se sentir soutenus en déployant plusieurs stratégies pour mieux tenir le coup ».

❖
Méthodologie

La présente recherche, qui répond à des critères qualitatifs et non quantitatifs, ne prétend ni à l'exhaustivité des situations et des profils rencontrés, ni à la représentativité statistique dans ses résultats. Son intérêt est de mieux connaître de « l'intérieur » ce que vivent les grands-parents et les

soignants quand ils se rencontrent à l'hôpital autour de l'enfant gravement malade. C'est pourquoi l'orientation méthodologique de cette étude qualitative est phénoménologique⁴. C'est, en somme, un travail d'écoute, de description, d'interprétation, qui porte une attention clinique aux actions et aux relations. Nous avons donc mis de côté tout ce qui aurait pu catégoriser ces hommes et ces femmes en bons ou mauvais grands-parents. Et nous sommes partis à leur découverte...

❖
Collecte des données et échantillonnage

La collecte des données a été effectuée à partir d'entrevues semi-dirigées et enregistrées avec deux groupes-cibles, soit les grands-parents et le personnel soignant de deux milieux hospitaliers pédiatriques (CHU Ste-Justine, Montréal et CHU Sherbrooke, Sherbrooke), sur une période s'étalant entre 2006 et 2008.

**Présentation de la population
incluse dans la recherche**

Grands-parents

Les critères d'inclusion pour la sélection des participants étaient : 1) Participer sur une base volontaire et consentie; 2) Pouvoir comprendre et s'exprimer facilement en français ou faire appel à un interprète; 3) Être grand-parent d'un petit-enfant âgé de un jour à 17 ans; 4) Être grand-parent d'un petit-enfant atteint ou ayant été atteint d'une maladie grave (phase curative et/ou palliative ou décédé de la maladie); 5) Être grand-parent d'un petit-enfant hospitalisé ou ayant été hospitalisé durant plusieurs semaines au Québec (au minimum 4 semaines; pour certains, il s'agit de plusieurs années).

Le recrutement des grands-parents a été fait à l'hôpital où sont hospitalisés les petits-enfants, contrairement à la France où le recrutement a été effectué autant par le biais des milieux hospitaliers concernés que par celui des associations de parents. Les premiers contacts ont été faits par téléphone. Les grands-parents intéressés et répondant à nos critères pouvaient alors recevoir toutes les informations voulues et étaient invités à prendre un rendez-vous avec les chercheuses pour un entretien semi-dirigé. Avant l'entrevue, la lecture et la signature d'un formulaire de consentement étaient effectuées. Les 17 entrevues ont été enregistrées puis trans-

crites, toujours sous le couvert de l'anonymat. Il y a eu également des propos non-enregistrés, provenant particulièrement des grands-pères qui ont souvent préféré parler une fois le magnétophone éteint, ou en nous reconduisant. Les entretiens ont été réalisés soit au domicile des grands-parents, soit à l'hôpital où le petit-enfant était hospitalisé. Deux rencontres ont été effectuées par courriel avec un couple de grands-parents québécois résidant à l'étranger et ayant chacun répondu séparément au questionnaire semi-dirigé. Les grands-parents ont été rencontrés soit individuellement (10), soit en couple (7).

Grands-parents rencontrés

- Nombre de grands-parents rencontrés : 24 (15 grand-mères et 9 grand-pères)
- Nombre d'entrevues : 17 (9 en solo, 8 en couple)
- Durée des entrevues : 62,88 minutes en moyenne
- Statut socio-économique : variés
- Milieux : urbains, semi-urbains, ruraux
- Lieux géographiques : Montréal et les environs, Sherbrooke et les environs, Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière, Mauricie, Nouveau-Brunswick
- Âge des petits-enfants liés aux grands-parents : de un jour à 16 ans, dont 6 décédés.
- Pathologies des petits-enfants : cancers, maladies orphelines ou pathologies complexes, grande prématurité.

Soignants

Les critères d'inclusion pour la sélection des participants étaient : 1) Participer sur une base volontaire et consentie; 2) Pouvoir comprendre et s'exprimer facilement en français ou faire appel à un interprète; 3) Être un soignant dans un milieu hospitalier pédiatrique ou adulte avec une unité pédiatrique au Québec; 4) Être soignant en contact avec les unités hospitalières qui accueillent les enfants ou les adolescents gravement malades (phase curative et/ou palliative ou décédé de la maladie); 5) Avoir une expérience de travail de plusieurs années dans le milieu en question (au moins 10 ans).

Le recrutement des soignants a été fait sur les lieux de travail, pour le CHU Ste-Justine, et par contact téléphonique par le biais d'un soignant sur place pour le CHU Sherbrooke. Les six entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans le milieu de travail, dans une salle isolée.

Soignants rencontrés

- Nombre de soignants rencontrés (infirmières, médecins) : 6
- Nombre d'entrevues : 6
- Durée des entrevues : 47,44 minutes en moyenne
- Milieux hospitaliers : CHU Ste-Justine (milieu hospitalier universitaire pédiatrique), CHU Sherbrooke (milieu hospitalier universitaire adulte et pédiatrique)



Considérations éthiques

Le projet de recherche a été préalablement soumis, évalué et accepté par le comité d'éthique de chacune des institutions hospitalières concernées. Les participants n'ont subi aucune pression ou contrainte pour y participer. Tous les renseignements obtenus dans le cadre de cette recherche sont confidentiels et les données recueillies ont été traitées de façon à respecter l'anonymat. Après l'entrevue, une liste de personnes contacts a été remise aux participants, soit pour joindre les chercheurs, soit pour joindre une personne-ressource si des difficultés psychologiques apparaissaient suite à l'entrevue.



Résultats

Lors de l'analyse, deux sous-thèmes principaux sont apparus, soit : 1) le soutien pratique et psychologique provenant des grands-parents (subdivisé en 3 secteurs : a) présence à l'hôpital, b) présence à la maison du petit-enfant, c) présence de la famille élargie); et 2) l'expérience des grands-parents eux-mêmes, face à la maladie de leur petit-enfant et à tout ce que cela implique. Le tableau 1 propose un regard plus détaillé de ces résultats.

Tableau 1*Points récurrents dans les entrevues des grands-parents*

Expérience des grands-parents			La souffrance
			La double peine
			La grande reconnaissance pour le travail des soignants
			L'admiration pour le courage des parents de l'enfant malade
			L'injustice de la maladie
			La juste place
			Le besoin et/ou le manque d'information
			L'invisibilité
			Le sentiment d'être le pilier de la famille
Soutien provenant des grands-parents	Soutien psychologique et réconfort		De l'enfant malade
			De la fratrie
			Des autres petits-enfants
			Des parents
			De la famille élargie
	Soutien concret	Présence à l'hôpital	L'accompagnement des parents à l'hôpital lors des examens médicaux
			Faire le « taxi »
			Visites à l'enfant malade
			Relais des parents (veilles de jour et de nuit)
			Participation aux soins de l'enfant malade
		Présence à la maison	Voyages innombrables en voiture
			Participation ou prise en charge des tâches ménagères ou d'entretien de la maison
			Gardiennage de la fratrie
			Aide aux devoirs
			Préparation des repas pour les parents de l'enfant et de ses sœurs et frères
	Présence à la famille	Soutien financier	
		Mobilisation des membres de la famille élargie	
		Circulation de l'information au sein la famille élargie	
		Maintien des fêtes familiales	

Les résultats dévoilent toutes les aides, tous les soutiens et toute la disponibilité (peu visible depuis l'hôpital) qu'ils peuvent déployer. La disponibilité des grands parents est remarquable. Nous avons constaté leur polyvalence, leur souci d'être là à tous les moments où enfants et petits-enfants ont besoin d'eux. Ils se mettent à leur disposition et sont prêts à assurer de multiples tâches selon les besoins ou attentes de leurs enfants, avec l'impression, souvent, de ne pas en avoir fait assez.



Mobilisation de la famille élargie ou le téléphone

Dans la majorité des cas, le premier geste qui n'est pas vu des soignants : téléphoner à la grand-mère pour annoncer le diagnostic, trouver du réconfort, se confier et demander de l'aide directement ou indirectement. C'est donc la grand-mère qui reçoit la première communication téléphonique, qui transmet l'information au grand-père puis au reste de la famille. C'est le moment décisif où la réorganisation familiale s'effectue à partir de la grand-mère. C'est le moment où la grand-mère dit : « J'arrive ! »

« Faut dire que ma fille, quand elle a su que sa petite-fille était aveugle, elle m'a appelée... Elle pleurait... elle pleurait. Fait que je me suis organisée ... il [le mari] travaille de nuit... je me suis organisée ... j'ai appelé mon fils et je lui ai demandé ce soir-là, de venir me mener à X. J'ai été rejoindre ma grande. Parce que... » [Émotions] Grand-mère M-5

« Nous habitions X à l'époque et nous avons reçu un appel à 2 heures du matin de notre fille. Je n'oublierai jamais sa détresse au bout du fil. Nous lui avons dit que je rentrais sur le premier vol le même jour soit le 3 juin. » Grand-mère M-3



Expérience des grands-parents

Mais ce qui demeure invisible de manière particulièrement importante est sans doute l'expérience des grands-parents. Et au sein de cette expérience, la souffrance et la double peine ressortent de manière très marquée.

Quelques exemples dans les témoignages des grands-parents

- LA RECONNAISSANCE : Ils sont très reconnaissants de l'immense travail accompli par les soignants qui prennent en charge leur petit-fils ou leur petite-fille.

« Cette femme [soignante] a été extraordinaire. Elle prenait toujours le temps de discuter avec nous et quand j'avais la chance d'être seule je pouvais lui poser MES questions sans aucun malaise. » Grand-mère

- L'INJUSTICE : Ils indiquent l'injustice de voir la maladie grave frapper les plus jeunes et se révoltent devant cette inversion de la logique générationnelle.

- LA SOUFFRANCE :

« J'ai toujours eu le contrôle dans les moments difficiles mais là je ne pouvais rien faire. Beaucoup de rage au cœur. » Grand-mère M-6-B

« On ne peut pas raconter tout ça, parce que c'est trop », Grand-mère S-3

« Pour nous, ça a été Loto Québec à l'envers... » Grand-père M-1

Au sujet de la souffrance ou de la douleur, Lessard, Balkou et Cyr (2007) faisaient le même constat dans leur étude :

« Nous croyons qu'il ne faut pas sous-estimer le rôle et la douleur vécus par les grands-parents des familles endeuillées. D'ailleurs, les expériences les plus appréciées par les grands-parents au moment du décès étaient leur inclusion dans les derniers moments où ils eurent la chance de prendre leur petit-enfant dans leur bras avant de le quitter, où ils étaient présents pendant les discussions avec les médecins et infirmières ».

- LA DOUBLE PEINE : Ils disent tous combien leur statut dans la famille les amène à souffrir « deux fois », c'est-à-dire pour leur enfant ET pour leur petit-enfant.

« J'étais triste pour ma petite fille mais aussi pour ma fille » Grand-mère M-7

« Je suis inquiète pour ma petite fille, mais aussi pour ma fille. Hier soir, j'ai téléphoné, elle n'a pas répondu tout de suite, alors je me suis inquiétée. Mais je ne le dis pas à ma fille ! » Grand-mère S-3

- LA JUSTE PLACE : Ne pas s'imposer, mais être là quand il le faut.



Discussion des résultats

À l'automne 2007 a eu lieu une consultation publique sur les conditions de vie des aînés, dans toutes les régions du Québec. Très suivie par les aînés, presque rien n'a été dit à propos d'eux, l'espace média à peine de 2,54 % (Guénette, 2008). Les grands-parents de l'étude ne font donc pas exception. Invisibles depuis l'hôpital, ils déploient des aides et du soutien le plus souvent au domicile des parents, entre le domicile et l'hôpital ou encore dans la sphère familiale élargie. Comme on l'a vu, les visites rendues à l'enfant ne sont qu'une toute petite partie de ce qu'ils font pour cet enfant, pour ses parents et sa fratrie. La recherche le démontre bien. Nous avons également constaté que les professionnels interrogent peu l'enfant ou ses parents sur les

grands-parents ou s'en soucient peu quand ils les croisent. Ils y pensent surtout si le décès de l'enfant est proche. De fait, c'est l'équipe de soins palliatifs pédiatriques qui « inclut » le plus les grands-parents dans la relation, l'information et le contact direct avec l'enfant. Tout ceci nous fait dire que l'on peut vraiment parler d'une « invisibilité » des grands-parents pour les soignants en milieu hospitalier, qui les connaissent mal et qui ne savent pas ce qu'ils vivent, ce qu'ils éprouvent, ce qu'est leur rôle. Malgré tout, les soignants nous ont dit que, suite à cette recherche et avant même d'en connaître les résultats, ils ont été plus attentifs aux grands-parents.

❖
**Recommandations pour
 la pratique infirmière**

Cette recherche souhaite mettre en lumière toute l'expérience et le soutien invisible, mais combien indispensable, dont les grands-parents sont la source autant auprès de l'enfant malade que pour le reste de la famille. L'objectif est donc d'ouvrir des pistes de réflexion et d'encourager les professionnels à accueillir les grands-parents, les mobiliser et comprendre leurs besoins, c'est-à-dire :

Qu'ils puissent :

- **Bénéficier d'un accueil chaleureux dans les moments difficiles.**
- **Être considérés comme faisant partie de la famille et avoir accès à leur petit-enfant.**
- **Être reconnus au niveau de leur expérience.**
- **Être informés et écoutés même sans la présence des parents**
- **Exprimer leurs inquiétudes et leur peine.**
- **Se savoir reconnus comme ressources disponibles dans les multiples liens qui constituent une famille.**

NOTE

1- Cette recherche, dans son ensemble, a été chapeautée par Catherine Le Grand-Séville, PhD, socio-anthropologue, MCF, Faculté de médecine Lille 2, France.

Le volet québécois de la recherche a été financé par le Centre d'Excellence en soins palliatifs pédiatriques et suivi à long terme des patients atteints de maladies graves –

Gouverneurs de l'Espoir et mené par Nathalie Morin, avec la collaboration de Nago Humbert et de Claude Cyr. Pour la Suisse, c'est le fonds des soins palliatifs pédiatriques - Service de la Santé Publique, CHUV Lausanne qui a soutenu le projet. La recherche a été réalisée avec la collaboration de Patricia Fahrni-Nater, infirmière responsable de l'équipe de soins palliatifs pédiatriques du canton de Vaud (Suisse). En France, la recherche a été financée par l'Association Soleil-AFELT et menée par Dominique Cartron-Launay, sa présidente

- 2- Traduction de l'auteure : « *Il existe une littérature de plus en plus abondante qui traite du rôle des grands-parents à l'intérieur de la sphère familiale de leurs enfants, le soutien qu'ils apportent à ces derniers; leur perception de la grand-parentalité ainsi que de leurs propres besoins. Toutefois, les recherches demeurent limitées quant au soutien des grands-parents au sein des familles aux prises avec un enfant handicapé* ».
- 3- Traduction de l'auteure : « *soutien pratique (par exemple : gardiennage/babysitting, tâches ménagères, soins de répit, soutien financier); et soutien émotif (par exemple: écoute active, conseil avisé sans porter de jugement, acceptation du handicap de l'enfant, aide à l'affirmation de la capacité d'adaptation des parents)* ».
- 4- La phénoménologie vise à comprendre l'expérience d'un phénomène afin d'en comprendre la signification pour la personne qui la vit (Giorgi, 1997). L'approche est micro-sociale et considère que les individus, leurs discours et leurs actes, forment une réalité première détenant sa logique et son savoir propre. Logique qu'il s'agit de décrypter, d'explicitier, avant de vouloir procéder à des généralisations sur les relations et les structures sociales.
- 5- Sites urbains : villes respectivement de 1 800 000 habitants et de 150 000 habitants
 Sites semi-urbains : population variant entre 5 000 et 40 000 habitants
 Sites ruraux : moins de 5000 habitants.

RÉFÉRENCES

Charlebois, S. (2004, août). *L'expérience des grands-parents d'avoir un petit-enfant atteint de cancer*. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières.

Faulkner, A., Peace, G., & O'Keeffe, C. (1995). *When a child has cancer*. London : Chapman & Hall.

Findler, L. S. (2000). The role of grandparents in the social support system of mothers of children with a physical disability. *Families in Society*, 81, 370-381.

Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation. Dans *La recherche qualitative*, sous la direction de Poupart, J. P., Deslauries J.-P., Groulx L.-H., Laperrière A., Mayer R., & Pires A. P. Ed Gaétan Morin.

- Green, S. E. (2001). Grandma's hands: Parental perceptions of the importance of grandparents as secondary caregivers in families with children with disabilities. *International Journal of Aging and Human Development*, 53, 11-33.
- Guénette, F. 2008, (mai-juin). Mon automne, chez les vieux. *La Gazette des femmes*, 13-15.
- Katz S., & Kessel L. (2002). Grandparents of children with developmental disabilities: perceptions, beliefs, and involvement in their care. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25, 113-128.
- Lessard, S., Balkou S., & Cyr, C. (2007, février). Le décès d'un petit enfant : l'impact social et l'expérience vécue des grands-parents. *Médecine palliative*, 6(1), 76.
- Martinson, I. M. (1998). Impact of childhood cancer on chinese grandparents. *The Hong Kong Nursing Journal*, 34(3), 37-40.
- Mirfin-Veitch B., Bray A., & Watson M. (1997, juillet). "We're Just That Sort of Family": Intergenerational Relationships in Families including children with disabilities. *Family Relations*, 46(3), 305-31.
- Mitchell W. (2007). Research review: the role of grandparents in intergenerational support for families with disabled children : a review of the literature. *Child and Family Social Work*, 12, 94-101.
- Prudhoe, C. M., & Peters, D. L. (1995). Social support of parents and grandparents in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Nursing*, 21(2), 140-146.
- Rempusheski V. F. (1990). Role of the extended family in parenting: a focus on grandparents of preterm infants. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 4(2), 43-55.
- Schilmoeller, G., & Baranowski, M. (1998). Intergenerational support in families with disabilities: grandparents' perspectives. *Families in Society*, 79, 465-476.
- Sparadrap. (2004, octobre). *Parents d'enfants hospitalisés : visiteurs ou partenaires*. www.sparadrap.org.
- Trute B. (2003, janvier-mars). Grandparents of children with developmental disabilities: Intergenerational Support and Family Well-Being. *Families in Society*, 84(1), 119.
- Vadasy P., Fewell R., & Meyer, D. (1996). Grandparents of children with special needs: Insights into their experiences and concerns. *Journal of the Division of Early Childhood*, 10, 36-44.

Nago Humbert, Ph.D., est directeur de l'unité de consultation des soins palliatifs pédiatriques du CHU Ste-Justine et professeur adjoint de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, Montréal, Québec

Nathalie Morin, M.Sc., est anthropologue au CHU Sainte-Justine et à l'UQAM, Montréal, Québec

À la recherche d'auteurs...

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et vous voulez le faire connaître...

Vous vivez une expérience en santé communautaire et voulez la partager...

Vous travaillez actuellement à un projet de recherche et aimeriez publier vos résultats...

Vous voulez proposer des sujets cliniques d'intérêt...

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

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

Succès du Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

La Gérotoise a déjà publié un article sur le MoCA(1). Comme cet instrument créé à Montréal continue à prospérer dans le monde, il nous a semblé intéressant d'en informer nos lecteurs.

La rédaction

Le Montreal Cognitive Assessment, (MoCA) est un test de dépistage cognitif conçu pour aider les professionnels de la santé dans la détection d'une dysfonction cognitive légère.

Créé en 1996 par Dr Ziad Nasreddine, neurologue, il a été validé et publié en collaboration avec d'autres professionnels, travaillant depuis plusieurs années à Montréal dans les cliniques de la mémoire. Cet outil, de plus en plus utilisé internationalement par les médecins et spécialistes pour détecter précocement les troubles cognitifs de plusieurs maladies telles que Alzheimer, Parkinson, Sclérose en plaques, troubles d'attention, maladie d'Huntington, etc., est en demande croissante.

Le MoCA évalue des domaines cognitifs différents, tel que la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire à court terme, le langage, les fonctions visuospatiales, l'orientation et plus. La durée d'administration du test est environ 10 minutes, selon la capacité de la personne et le score total possible est de 30 points; un score de 26 et plus indique la normalité.

L'utilité d'un tel test est de permettre aux médecins de famille et aux professionnels de la santé d'obtenir rapidement un score sur un test ayant été validé (Nasreddine Z. S. et al. 2005) pouvant indiquer une fonction cognitive anormale. Cette détection précoce peut donc mener à de nouvelles évaluations importantes et nécessaires afin de préciser le diagnostic, tel que des prélèvements sanguins ou imagerie cérébrale. Ce suivi permet ainsi de départager les plaintes de pertes de mémoire subjectives (celles pour lesquelles la personne se plaint sans anormalité aux tests) et la diminution de la mémoire objective. Les premières étant souvent associées aux troubles neuropsychiatriques comme la dépression ou l'anxiété, alors que le deuxième scénario peut être décelé dans des conditions dégénératives, dont la plus commune est la maladie d'Alzheimer. Il est à souligner que les personnes présentant des plaintes de mémoire subjectives peuvent être dans les toutes premières étapes d'une maladie dégénérative et devront être suivies sur une plus longue période, afin de constater une possible et éventuelle baisse des résultats sur les tests cognitifs abrégés.

Le MoCA, lors de l'étude de validation, comparé au Mini-Mental State Examination de Folstein (MMSE), a clairement démontré être plus efficace en décelant 90% des sujets présentant les critères des troubles cognitifs

légers qui peuvent mener à la maladie d'Alzheimer, en comparaison à 18 % pour le MMSE. Ce dernier étant plus facilement réussi, il est donc difficile d'en faire l'utilisation précise pour détecter les troubles cognitifs légers.

Une étude touchant la validité et la conformité de deux versions alternatives du test MoCA, est actuellement réalisée afin d'éviter l'effet d'apprentissage lorsque le test est répété auprès d'une personne, les résultats devront être connus sous peu. De plus, une étude internationale réalisée dans le but d'élaborer une large base de données électronique pour recueillir les données normatives du test MoCA est prévue pour 2011.

Le test MoCA est maintenant recommandé dans les lignes directrices sur le diagnostic et le traitement de la démence de type Alzheimer (Chertkow H et al. 2007) et par le NIH (National Institutes of Health) dans la dysfonction cognitive vasculaire (Hachinski et al. 2006). Pour usage clinique, le test est offert tout à fait gratuitement et est maintenant disponible dans 37 langues.

Les professionnels de la santé peuvent consulter le site internet www.mocatest.org où sont publiés le test, les instructions et les références. Pour toute demande d'information non citée sur le site, veuillez faire parvenir un courriel info@mocatest.org.

NOTE

1 Nasreddine, Ziad. (2005). Le MoCA: un nouvel instrument pour la détection de la maladie d'Alzheimer et des troubles cognitifs légers. *La Gérotoise* 16(2), juin, 36.

RÉFÉRENCES

Chertkow H et al. (2007). Mild cognitive impairment and cognitive impairment, no dementia : Part A, concept and diagnosis. *Alzheimer's & Dementia* 3(4), 266-282.

Hachinski et al. (2006, septembre). National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Canadian: Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards. *Stroke*. 37(9), 2220-2241.

Nasreddine Z. S. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

Le modèle Planetree pour une plus grande humanité en soins de longue durée

*Lucie Tremblay, inf., M.Sc., Brigitte Lavoie, trp,
Joanie Robidoux, t.s., Carl Chiasson*

Il est reconnu que, pour offrir des soins de qualité au quotidien, il est nécessaire de les organiser en fonction du résident plutôt qu'en fonction d'un système (Laura Gilpin, une des premières infirmières impliquées dans le réseau Planetree). L'approche Planetree invite les dirigeants et les intervenants à structurer les activités bureaucratiques afin d'en faire des outils qui seront au service des résidents.

Cet article décrit le modèle Planetree et son impact dans les milieux de soins de longue durée tel que vécu au Centre Gériatrique Maimonides (CGM). Il met en évidence le rôle des infirmières dans l'implantation de cette approche humaniste.

Le modèle Planetree

Le modèle Planetree valorise le fait que les clients des milieux de soins sont avant tout des partenaires entièrement engagés dans le processus de soins et de guérison. Il fait appel à la dimension physique de la personne dans le processus de guérison ainsi qu'à ses dimensions psychologique, sociale et spirituelle. Celles-ci se rapprochent de la description des concepts de l'exercice infirmiers appliqués en soins de longue durée qui abordent la personne, la santé, l'environnement et le soin (OIIQ, 2000).

L'approche Planetree oriente le personnel, les résidents et leurs proches vers l'établissement d'une relation basée sur le respect et l'échange. Le lien de confiance et de transparence se développe plus aisément lorsque le résident et sa famille se sentent compris, appréciés et impliqués. Tous ces aspects contribuent à diminuer l'inquiétude liée à l'expérience des soins et à reproduire un milieu de vie apaisant.

Les principes de cette approche sont intrinsèques à la profession infirmière et s'harmonisent avec la

plupart des modèles conceptuels infirmiers. Les dix composantes du modèle incluent toutes les personnes qui œuvrent dans l'organisation.

Mettre en place le modèle Planetree

Tous les intervenants du milieu de soins sont d'abord sensibilisés à cette approche lors d'un séminaire d'une journée. Cette rencontre comporte une série d'activités expérimentales qui permet de mieux saisir la réalité de la personne vieillissante qui emménage au CHSLD. De surcroît, il s'agit d'une occasion pour le personnel de se connaître davantage et de développer une meilleure cohésion d'équipe.

Le parcours menant à l'implantation de l'approche Planetree est ponctué de différentes modalités et il est essentiel que les plus hauts dirigeants s'engagent dans la démarche. Au quotidien, leurs décisions doivent être cohérentes avec les composantes du modèle. Ils agissent comme catalyseurs pour la diffusion du modèle dans l'ensemble de l'organisation.

En début de démarche, une équipe indépendante évalue l'organisation et récolte de l'information sur l'expérience de soins à travers des groupes focalisés de résidents, de familles, d'intervenants, de bénévoles et de gestionnaires. Elle transmet ensuite un rapport sur les réussites et les points à améliorer pour vivre pleinement cette approche. À la lumière de ces constatations, l'équipe interdisciplinaire de l'établissement développe un plan d'action. Puis, des équipes pilotes mettent en œuvre différents projets qui gravitent autour des composantes de l'approche.

Application du modèle au CGM

Pour s'harmoniser avec cette philosophie, le CGM a revu tout son processus d'admission pour s'assurer

qu'au premier contact, le résident se sente accueilli comme une personne à part entière. Maintenir une relation significative avec un proche après un déménagement en CHSLD peut être laborieux (Logue R.M., 2003). Au CGM, le partenariat débute plusieurs mois avant l'admission. Des processus ont été implantés afin que le nouveau résident reçoive l'information pertinente en temps opportun pour se préparer au déménagement. L'abondante information autrefois transmise au moment de l'admission est aujourd'hui diffusée en plusieurs temps : au moment de l'inscription du résident sur les listes d'admission, environ un mois avant d'emménager et le jour même du déménagement au CHSLD. De plus, une infirmière effectue une visite pré-admission et s'assure que le futur résident comprend bien l'information transmise. Elle vérifie que tout le matériel nécessaire à ses soins sera disponible au moment du déménagement. Finalement, elle transmet toute l'information recueillie en pré-admission à l'équipe qui accueillera le nouveau résident.

L'accueil, le jour de l'admission, est déterminant dans le type de relation qui se créera entre le résident et les intervenants. Ainsi, un bénévole est désigné pour accueillir le résident dès qu'il franchit la porte de l'établissement. Ses effets personnels sont déposés sur un chariot semblable à ceux utilisés dans les hôtels et livrés à la chambre. Puis, le résident et sa famille sont invités à compléter les informations administratives au bureau des admissions. Le commis s'assure de leur confort en leur offrant une boisson. Il leur remet aussi un carnet pour noter leurs questions et les informations les plus importantes.

Une fois cette démarche complétée, l'équipe soignante accueille le résident et sa famille. Un message de bienvenue est placé en évidence sur la porte de sa chambre. Un magnifique duvet est déposé sur le lit avec une sortie de bain que le résident pourra utiliser durant son séjour. Cette dernière permet au résident de se déplacer entre sa chambre et la salle d'eau de manière digne et confortable.

Le processus d'admission se termine par une cérémonie d'accueil semblable à une pendaison de crémaillère. L'aumônier, soutenu par l'équipe soignante, organise cette activité environ un mois après le déménagement.



Les composantes du modèle Planetree

Les dix composantes sont de :

1. Reconnaître l'importance primordiale de l'interaction humaine
2. Enrichir le parcours de vie de chaque personne
3. Favoriser l'autonomie, la dignité et le pouvoir de choisir
4. Intégrer les réseaux des familles, des amis et du soutien social dans la vie communautaire
5. Encourager la spiritualité comme source de force intérieure
6. Faciliter le cheminement vers le bien-être
7. Promouvoir l'habilitation des personnes par l'information et la formation
8. Reconnaître les bienfaits nutritifs et reconfortants des aliments
9. Offrir arts, activités et divertissements intéressants
10. Fournir un milieu propice à une bonne qualité de vie

Reconnaître l'importance primordiale de l'interaction humaine

L'approche Planetree est basée sur l'importance des rapports humains. Elle encourage les relations significatives entre les soignants, les résidents et leurs proches, mais insiste aussi sur l'importance des relations harmonieuses entre tous les intervenants du milieu de soins, tant au niveau des employés que de celui des stagiaires et des bénévoles. Ces éléments ressemblent à ceux que l'on retrouve dans les indicateurs de la qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée, soit l'alliance avec le résident et ses proches, l'adaptation du résident et de ses proches et l'intégration des membres de l'équipe de soins (OIIQ, 2000). Ce modèle responsabilise donc chaque personne.

Enrichir le parcours de vie de chaque personne

Le modèle Planetree insiste sur l'importance de la croissance personnelle et de la possibilité d'être une personne unique et à part entière qui désire s'accomplir. Les discussions de groupe, la diffusion de la biographie du résident et la tenue d'un journal de bord constituent autant de possibilités pour les résidents de faire le point sur leurs réalisations et sur ce qu'ils désirent encore accomplir.

Pour aider les intervenants à développer ce lien significatif, les professionnels du CGM élaborent l'histoire de vie des résidents¹. Cette histoire raconte les détails de la vie de la personne. Ainsi, les intervenants mettent en place un plan d'intervention beaucoup plus personnalisé. (McKeown, Clarke & Repper, 2006). Ce projet contribue à l'amélioration des relations tant avec le résident qu'avec sa famille (Allard & Arcand, 2005). La rédaction de la biographie permet de saisir les tournants de la vie du résident qui devient plus qu'un simple cas aux yeux du soignant. Elle permet aussi de personnaliser les soins en fonction des expériences antérieures du résident. Cette innovation favorise des relations basées sur le respect et la confiance, améliore les communications et évite le développement de réactions catas-trophiques, notamment chez le résident souffrant de déficits cognitifs. Bref, de saines relations minimisent le stress du résident, de sa famille et de l'intervenant : une situation gagnante.

Afin de favoriser la continuité des soins et services et, conséquemment, d'enrichir le parcours de vie de chacun, une équipe stable doit œuvrer auprès du résident. Cela se rapproche de l'indicateur de la qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée qui traite de la coordination et de la continuité des soins (OIIQ, 2000). L'utilisation de personnel d'agence est donc à proscrire et les équipes ont des assignations constantes. Cette façon de procéder permet aux soignants de développer des relations significatives avec les résidents, de mieux connaître leurs préférences et de trouver des solutions novatrices aux problèmes qu'ils peuvent vivre.

Favoriser l'autonomie, la dignité et le pouvoir de choisir

Le modèle Planetree soutient les initiatives qui valorisent l'autonomie, le respect du style de vie et les intérêts personnels. Cette composante se

rapproche des indicateurs de qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée qui traitent du maintien de l'autonomie et de l'actualisation des capacités fonctionnelles du résident ainsi que du respect de ses droits et de ses volontés (OIIQ, 2000). Des outils de planification de soins comme SICHELD permettent de documenter leurs préférences.

De plus, l'approche Planetree encourage la formation continue afin que le personnel soit sensibilisé à l'importance du respect et de la dignité à travers l'individualisation des soins. La formation sur l'approche relationnelle de soins représente un excellent exemple.

La formation constitue la pierre angulaire de l'approche prônée au CGM, un centre affilié à l'Université McGill. Depuis près de deux décennies, beaucoup d'efforts ont été déployés pour que la majorité des intervenants participent à des sessions de formation. Les activités d'apprentissage s'inspirent de pratiques basées sur les données probantes.

Pour assurer le transfert maximal des connaissances dans la pratique, une variété d'activités de formation est offerte : formation en classe, coaching, mentorat, capsules de formation, compagnonnage et caucus. Une trentaine d'intervenants agissent comme formateurs; il s'agit d'une opportunité de reconnaître leur expertise. Les différents formateurs, notamment des infirmières soignantes, agissent comme modèle pour les personnes œuvrant sur les unités de vie.

Intégrer les réseaux des familles, des amis et du soutien social dans la vie communautaire

La présence d'un réseau social et le maintien des relations significatives sont jugés comme étant essentiels et incite le développement de nouveaux liens. Conséquemment, les membres de la communauté environnante sont invités à participer à la vie du centre. Cela permet aux résidents de maintenir un lien tant avec leur famille qu'avec les membres de la communauté. Pour y arriver, le CGM encourage l'accueil des visiteurs à toute heure. Les liens significatifs sont facilités par un accès facile aux téléphones, courriels, réseaux sociaux et technologies diverses. Ces approches permettent aux familles de garder un contact positif avec leur proche.

Encourager la spiritualité comme source de force intérieure

La philosophie Planetree reconnaît l'importance de la spiritualité dans la vie des résidents. Dans cette approche, les résidents, leurs proches et le personnel ont la liberté de prendre des temps de réflexion, de méditation et de prière. Afin de respecter cette composante, les organisations Planetree, offrent des activités de recueillement et familiarisent le personnel avec cette composante. L'aumônier occupe un rôle important au sein de l'équipe interdisciplinaire.

Au CGM, plusieurs activités sont déployées en ce sens : cercle de réconfort, services commémoratifs, envoi de cartes de sympathie et possibilité d'assister aux funérailles des résidents. Ces activités sortent du cadre traditionnel du travail mais permettent aux intervenants de donner un sens à leur travail.

Faciliter le cheminement vers le bien-être

L'approche Planetree encourage la création de programmes novateurs afin de favoriser la santé holistique et le mieux-être des résidents et du personnel. Ces initiatives incluent des programmes de soins basés sur des approches traditionnelles mais aussi sur des approches complémentaires telles que les massages, l'aromathérapie, le Tai-Chi, le yoga et la méditation. Au CGM, des équipements et des programmes de mise en forme adaptés sont mis à la disposition des résidents.

Promouvoir l'habilitation par l'information et la formation

Les organisations Planetree s'assurent que les résidents et le personnel ont accès à de l'information de fine pointe pour mieux comprendre la réalité du résident. Ce savoir maximise le potentiel physique, psychologique et social. Des programmes de formation misent sur la prévention et les moyens d'adaptation à la perte d'autonomie. En accord avec cette pensée, le CGM dispose d'un centre de référence avec de l'information vulgarisée pour approfondir les connaissances sur les maux qui affectent sa clientèle. L'accès à Internet avec des liens avec des sites reconnus représente aussi une façon pour les résidents d'accéder à l'information. Les infirmières font de l'enseignement pour que le résident ou son représentant légal puisse prendre des décisions éclairées.

L'habilitation (*empowerment*) du personnel est cruciale pour développer un environnement Planetree. En ce sens, il est essentiel qu'il participe de façon active au processus d'amélioration continue de la qualité, et ce, peu importe son rôle au sein de l'organisation. Donner de la rétroaction au personnel, notamment sur les résultats cliniques, lui permet de bien saisir les bons coups et les possibilités d'amélioration. Le modèle Planetree encourage la mesure des résultats obtenus. Ainsi, on tire profit de l'expérience et il devient possible de récompenser les succès et de corriger les échecs. De plus, le soutien de la clientèle et de la population devient plus facile si l'on affiche les résultats (Tremblay, 2006). La connaissance de ceux-ci stimule la création et la résolution de problème en groupe. Grâce à ce processus, les organisations atteignent des standards de qualité et souvent, les surpassent.

Reconnaître les bienfaits nutritifs et réconfortants des aliments

L'alimentation est une facette importante de la vie en CHSLD. Cette composante occupe une partie importante des orientations ministérielles sur le milieu de vie (MSSS, 2003). Il ne s'agit pas seulement de combler un besoin physiologique essentiel; c'est aussi une source de plaisir, de réconfort et de socialisation (Allard & Arcand, 2005). La philosophie Planetree encourage une expérience gastronomique conviviale composée d'aliments frais, variés et appétissants. Dans le cadre de cette approche, le résident choisit son entrée, son repas principal, son dessert et sa collation. Il a accès à un menu santé. Ses choix sont respectés puisqu'il s'agit d'une décision éclairée, entre autres grâce aux enseignements de l'infirmière. Les heures de repas sont adaptées aux préférences du résident et des collations sont disponibles à sa demande. Les événements spéciaux et les fêtes sont célébrés lors de repas thématiques. Au CGM, une formation sur l'expérience gastronomique est offerte aux familles, aux accompagnateurs, au personnel soignant et aux bénévoles qui aident à alimenter les résidents.

Offrir arts, activités et divertissements intéressants

Un milieu de vie basé sur l'approche Planetree reconnaît l'importance du divertissement, de la camaraderie, du rire et de l'expression de la créativité. Cette composante se rapproche de l'indicateur

de la qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée qui traite des activités récréatives et sociales. Une variété d'activités permet d'atteindre cet objectif. Les organisations Planetree offrent notamment de la formation continue pour la clientèle, des concerts, des groupes de discussion, des sorties, des programmes intergénérationnels et des activités familiales. Les familles, les bénévoles et le personnel sont invités à participer.

Au CGM, pour normaliser le milieu de vie, des activités comme la zoothérapie, la thérapie par l'art et la musicothérapie sont offertes.

Fournir un milieu propice à une bonne qualité de vie

Le modèle Planetree, tout comme l'OIIQ (2000), reconnaît l'influence de l'environnement sur le bien-être des résidents et du personnel. Les organisations qui adoptent ce modèle offrent à la clientèle des espaces où règnent l'intimité ainsi que des endroits communs qui favorisent les rencontres et les échanges. Un environnement agréable et sécuritaire contribue à créer un milieu de vie de qualité. Les résidents apprécient de vivre dans un endroit qui se rapproche de leur domicile, alors que les intervenants souhaitent un milieu de travail accueillant et sécuritaire.

Parmi les initiatives mises de l'avant, le CGM a développé un partenariat avec la *Fondation de L'Art pour la guérison*. Plus de vingt galeries d'art ont été installées sur les différentes unités de soins. Ces galeries favorisent le bien-être tant des résidents que des intervenants.

L'équipe interdisciplinaire contribue à tout projet de rénovation. Par exemple, lors de la rénovation des chambres du CGM, le mobilier a été choisi pour sa durabilité et ses propriétés qui facilitent les désinfections multiples. De surcroît, les tiroirs à billes sont faciles à ouvrir et les poignées sont conçues pour des personnes à mobilité réduite. Toutes ces modifications de l'environnement favorisent l'autonomie de la clientèle et facilitent la tâche des intervenants.



Les résultats

Certaines études américaines (AJN, 2009) démontrent que la satisfaction des clients augmente, tout comme les résultats de soins, lors de l'implantation de l'approche Planetree.

Au Québec, des études préliminaires indiquent que le personnel qui œuvre dans des organisations Planetree est plus satisfait. Dans ces organisations, le taux de roulement du personnel est bas et les dirigeants croient que du personnel heureux donne de meilleurs soins.

Né d'une initiative prise aux États-Unis en 1978, le modèle Planetree a prouvé sa crédibilité en se développant solidement au niveau international. Ses fruits ont contribué à améliorer la qualité de vie de nombreuses personnes. Lorsque l'approche est bien implantée, le mouvement à lui seul entraîne un effet boule de neige.

Le modèle Planetree s'harmonise aux approches privilégiées en soins infirmiers, et plus particulièrement dans le secteur de la longue durée. Ce modèle nous rappelle les bases essentielles de notre profession et nous rapproche des autres partenaires qui travaillent au sein de nos organisations.

Au CGM, nous sommes particulièrement satisfaits d'avoir introduit cette philosophie reliée à l'excellence des soins et des traitements.

NOTE

1. *Si votre histoire m'était contée...* a fait l'objet d'une présentation midi par Lyne Camiré et Linda August, toutes deux infirmières au Centre Gériatrique Maimonides lors du colloque de l'AQIIG le 28 avril 2010. « Cette biographie de vie donne un aperçu de la vie de nos résidents et souligne leurs forces, les événements importants et leur style de vie » (Cahier des participants, Colloque interdisciplinaire : Soins et services aux personnes âgées : nouveaux horizons, page 50)

RÉFÉRENCES

Allard, J., & Arcand, M. (2005). *Enjeux et controverses dans les soins aux personnes âgées en grande perte d'autonomie*. Actes des échanges cliniques et scientifiques sur le vieillissement. Sherbrooke : Edisem.

Fondation de l'art pour la guérison. Consulté le 5 juillet 2010, <http://www.artforhealingfoundation.org/accueil.html>

Frampton S. (2009, mars). Creating a Patient-Centered System. *American Journal of Nursing*, 109(3).

Logue, R. M. (2003). Maintaining family connectedness in long-term care: An advanced practice approach to family-centered nursing home. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(6), 24-31.

Maimonides Geriatric Centre. (2007). *Strategic Plan 2007-2012*. Montréal, QC : Maimonides Geriatric Centre.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2000). *Guide en soins infirmiers de longue durée : au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*.

Mckeown, J., Clarke, A., & Repper, J. (2006). Life story work in health and social care: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 237-247.

Planetree. Consulté le 21 juin 2010, <http://www.planetree.org/>

Réseau Planetree Québec. Consulté le 5 juillet 2010, <http://reseauplanetree.org/>

Tremblay, L. (2006). Administrer une unité de soins de longue durée. Dans P. VOYER, *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée au CHSLD* (chapitre 38, pp. 509-516). Édition du Renouveau Pédagogique.

Lucie Tremblay est directrice des soins infirmiers et services cliniques, Centre gériatrique Maimonides et CHSLD juif de Montréal.

Brigitte Lavoie est adjointe à la directrice de la qualité et des services généraux CHSLD juif de Montréal.

Joanie Robidoux est coordonatrice Planetree, Centre gériatrique Maimonides.

Carl Chiasson travaille comme agent de communication au Réseau Planetree Québec.

Vient de paraître



de Montigny, Johanne (2010) *Quand l'épreuve devient vie*, préface de Marie Laberge, Mediaspaul, Collection Vivre plus, Montréal, 301 pages

« L'annonce et la traversée d'une maladie grave, l'accompagnement, la mort et le deuil plongent ceux qui les vivent dans l'inconnu là où les certitudes habituelles pâlissent pour faire place à la détresse ».

Extrait de la quatrième de couverture

Cet ouvrage vous sera présenté dans la section *J'ai lu* de *La Gérontoise* - Hiver 2011

Nouvelles formations sur l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Stéphane Gagnon, coordonnateur à la formation, Société Alzheimer Rive-Sud

« Nous recommandons d'améliorer la formation et de valoriser le travail de tout le personnel des milieux de vie substitut, en particulier la formation du personnel de soutien. Cette formation devrait porter sur les aspects fondamentaux des soins aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en particulier sur les approches non pharmacologiques des symptômes comportementaux et psychologiques, et s'appuyer sur une approche humaniste. »

Dr. Howard Bergman

Ce message est extrait du rapport d'experts mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (2009) pour étudier la croissance démographique et préparer le *Plan Alzheimer Québec*. Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées grâce à une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence est devenu l'objectif à atteindre pour la Société Alzheimer Rive-Sud (SARS)¹. Désirant mettre à profit ses 20 ans d'expertise, cet organisme offrira dès cet automne une série de formations et de conférences portant sur l'intervention humaine et efficace auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'affection connexes.

Beaucoup d'efforts ont été mis dans la réalisation de ce projet, qui a obtenu l'appui financier d'Emploi-Québec et de la Conférence régionale des élus de Longueuil. Finalement, différentes formations (30 h, 21 h, 9 h, 6 h, journée de coaching professionnel) ont été élaborées. Conçues pour les intervenants concernés de près ou de loin par l'intervention auprès des personnes atteintes et de leurs proches, elles s'adressent aux infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires, auxiliaires familiales, accompagnatrices, thérapeutes, intervenantes sociales et en loisir. De même, le personnel d'organismes communautaires et d'entreprises offrant des services aux personnes âgées, ainsi que les employés d'administration, d'entretien ou de cuisine en résidences pour personnes âgées, ont accès à une formation préparée pour eux!

❖ Des formations haut de gamme²

Très complètes et professionnelles, les formations présentées par la Société Alzheimer Rive-Sud ont été élaborées par Pierre Grenier, titulaire d'un doctorat en andragogie avec spécialisation en gérontologie. Ce spécialiste compte près de 30 ans d'expérience comme travailleur social et enseignant. Au cours de ces années, il a développé une expertise considérable dans l'intervention auprès des personnes âgées et le développement de programmes de formation en gérontologie. Il était assisté de Lorraine Beauregard et Isabelle Gélinas, qui possèdent toutes deux une formation universitaire en soins infirmiers ainsi qu'une vaste expérience en milieu gériatrique, notamment auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA).

Le contenu des formations s'appuie sur les récentes recherches en la matière, sur la philosophie d'intervention du mouvement Alzheimer Québécois, de même que sur les observations effectuées depuis 2004 dans la Maison au Campanile, résidence de la SARS où sont hébergées 23 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'affections connexes.

Simple et accessible, chaque formation comprend des guides d'apprentissage très détaillés, ainsi que des travaux individuels et d'équipe, des exercices pratiques, des études de cas, des vidéos, des périodes d'échanges, et des exposés théoriques animés par des formateurs professionnels. On y aborde entre autres la compréhension de la maladie, les stratégies

de communication et d'intervention auprès des personnes atteintes, les comportements déroutants, de même que les conduites éthiques et la réalité des proches-aidants.



***Pour le bénéfice des personnes atteintes,
mais aussi des intervenants***

Le Québec représentant la 2^e population la plus vieillissante au monde, après le Japon (Conseil des aînés du Québec, 2007), une récente étude indique qu'on y compte actuellement quelque 120 000 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, et que ce nombre pourrait passer à 260 000 d'ici les 25 prochaines années (Rapport Raz-de-marée, 2010)³. Le personnel intervenant auprès de ces personnes sera donc forcément appelé à jouer un rôle de plus en plus grand, pour ne pas dire essoufflant. La formation SARS constitue un outil supplémentaire pour faciliter le travail, augmenter l'autonomie et l'assurance, et optimiser la qualité des relations avec les personnes atteintes et leurs proches.

Les formations SARS, comme les conférences, sont offertes le jour, le soir et le week-end, en groupes privés ou mixtes. Chaque personne inscrite obtient une attestation de formation décernée par la Société Alzheimer Rive-Sud. Comme cette dernière est accréditée *Organisme formateur* par Emploi-Québec, les coûts d'inscription sont admissibles à la Loi sur les compétences, ou Loi 90, qui oblige toute entreprise dont la masse salariale est supérieure à 1 000 000 \$ à en investir au moins 1 % dans la formation de son personnel. De plus, dans certains cas, il est possible pour les entreprises privées et organismes à but non lucratif d'obtenir un soutien financier pour offrir une formation à leur personnel.

Les intervenantes et intervenants qui ont déjà suivi ces sessions de formation se sont déclarés très satisfaits, ainsi les résultats sont fort prometteurs!

NOTE

- 1- Située au 1160, boulevard Nobert, à Longueuil, la Société Alzheimer Rive-Sud est l'une des nombreuses maisons de la société Alzheimer régionale du Québec. Elle est également membre de la Société Alzheimer du Canada. Depuis 1991, la SARS a pour principale mission de soutenir, d'aider, d'accompagner les personnes atteintes de la MA et leurs proches. Les quelque 80 membres de son personnel accompagnent annuellement près de 3000 familles.
- 2- Pour plus d'information sur les formations et les conférences offertes, n'hésitez pas à communiquer avec le Service de formation : sgagnon@alzheimerrivesud.ca ou 450 442 3333.
- 3- Ce rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer a été présenté en mai 2009 au ministre Yves Bolduc. Le comité avait été mis sur pied en décembre 2007 par le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec afin de proposer un plan d'action ministériel qui couvrirait tous les aspects de la question de la prévention.

RÉFÉRENCES

- Conseil des aînés du Québec. (2007). *État de la situation et proposition d'un plan d'action québécois sur la maladie d'Alzheimer et les affections connexes*.
- Gosselin, Chantal & Turgeon, Denis. (2005, juin). La Maison au Campanile : une autre façon de vivre avec la maladie d'Alzheimer. *La Gérontoise*, 16(2), 24-27
- Rapport Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada. (2010).

Un colloque réussi

Le 28 avril dernier avait lieu au Centre des congrès et banquets Renaissance de Montréal le colloque interdisciplinaire de l'AQIIG, intitulé : *Soins et services aux personnes âgées : nouveaux horizons*. Pas moins de 250 personnes provenant de toutes les disciplines, oeuvrant en gériatrie dans les milieux hospitaliers, d'hébergement ou à domicile, assistaient à l'événement. Ayant débuté par l'Assemblée générale annuelle de l'Association, la journée, inscrite sous le signe du renouveau, a permis de belles découvertes pour les participants. Toute l'activité était animée avec brio par madame Mireille Deyglun.

Les sujets inscrits sous le thème de l'interdisciplinarité étaient présentés par des professionnels de diverses disciplines. Une première conférence traitant des défis apportés par les différents modèles d'habitations a été suivie avec intérêt. Quel modèle privilégier pour le futur comme lieu de résidence?

De plus, comme la journée était axée sur les soins et les services offerts aux personnes âgées, plusieurs conférences traitaient de diverses pathologies, notamment la maladie d'Alzheimer, les maladies mentales, le VIH-Sida ou des problèmes liés au vieillissement.

Ainsi, le Docteur Howard Bergman a présenté le *Plan national pour la maladie d'Alzheimer* élaboré en 2009 par un comité d'experts pour le Ministère de la santé et des services sociaux. Ce sujet, débattu par quatre panelistes, issus de différents milieux, a donné lieu à un bel échange avec les participants.

De même, le VIH-Sida de plus en plus présent chez la clientèle vieillissante en raison de l'arrivée des antirétroviraux a également été discuté en atelier. Son impact sur le système immunitaire des personnes plus âgées et les conséquences qui en découlent sur tous les systèmes ont été démontrés.

Un vaste choix d'ateliers et divers sujets étaient offerts aux participants : intervention virtuelle pour soulager la douleur après une chirurgie cardiaque; expériences d'isolement de contact vécues par

les personnes âgées lors d'éclosion d'infection; problèmes de cris; santé mentale et travail modernisé de l'infirmière; transitions de vie et leur impact sur la personne âgée; double douleur d'être grand-parent d'un enfant malade; nouveau rôle de l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) pratiquant en région; gestion du stress d'un proche-aidant d'une personne âgée à domicile; projets novateurs comme *Une étape de plus chez-moi et Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés (RÉVA)*.

Des séances de communication par affichage ont complété la journée. Là encore, diverses problématiques ayant fait l'objet de recherches ou d'expériences cliniques ont été traitées : *Création d'une nouvelle vision des soins* (Maimonides); *Mise à l'essai d'un outil d'évaluation des besoins des proches-aidants à domicile* (Faculté Sciences inf., U. de Montréal); *Gestion de la douleur post-opératoire* (Hôpital Maisonneuve-Rosemont); *Soins de plaies* \ *Programme Peau* (Maimonides et 3M).

La conférence de clôture donnée par madame Ghyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, traitait des conséquences du vieillissement de la population et du défi qu'elles représentent pour les 8 000 infirmières oeuvrant actuellement auprès de cette population.

Une belle journée rendue possible par l'implication des divers comités de l'AQIIG qui ont travaillé sans relâche et par les conférenciers qui ont accepté de partager leurs expériences avec les participants et qui, pour la plupart l'ont fait bénévolement, donnant leurs honoraires au fonds spécial destiné à la formation des membres de la profession. Merci également aux commanditaires et aux exposants, qui, non seulement nous font connaître les nouveautés destinées à améliorer les soins, mais aident également l'Association au plan financier.



D'hier à aujourd'hui...

25 ANS D'ENGAGEMENT AU SERVICE DE LA GÉRONTOLOGIE.

1984-1988
Lorraine Beaudin, Germaine Céré, Thérèse Vir, Monique Bissonnette

1988-1989
Monique Bissonnette

1988-1989

Monique Bissonnette, *prés.*
Lauraine Boucher Lepipas, *vice-prés.*
Lise Archambault, *trés.*
Magjey Hajjgar, *adm.*
Nicole Lambert, *adm.*
Micheline Léger, *sec.*



1989-1993
Lauraine Boucher Lepipas

1989-1990

Lauraine Boucher Lepipas, *prés.*
Françoise Perreault, *vice-prés.*
Françoise Tupinier, *sec.*
Lise Archambault, *trés.*
Gisèle Gaudreault, *adm.*
Nicole Lambert, *adm.*
Linda Huot, *adm.*

1990-1991

Lauraine Boucher Lepipas, *prés.*
Linda Huot, *vice-prés.*
Lise Archambault, *sec. - trésorière*
Francine Tupinier, *adm.*
Ginette Demers, *adm.*
Hélène April, *adm.*
Monique Bailly, *adm.*

1991-1992

Lauraine Boucher Lepipas, *prés.*
Ginette Demers, *vice-prés.*
Hélène April, *sec.*
Lise Archambault, *trés.*
Murielle Duchesneau, *adm.*
Louise Picard, *adm.*
Huguette Houle, *adm.*

1992-1993

Lauraine Boucher Lepipas, *prés.*
Ginette Demers, *adm.*
Lise Archambault, *sec. - trésorière*
Lisette Allaire, *trés.*
Louise P. Laliberté, *adm.*
Lise Lalonde, *adm.*
Cécile Lavoie, *adm.*
Huguette Houle, *adm.*

1993-1994
Lise Archambault

1993-1994

Lise Archambault, *prés.*
Lise Lalonde, *vice-prés.*
Linda Major, *sec.*
Lisette Allaire, *trés.*
Cécile Lavoie, *adm.*
Marguerite Dumais, *adm.*
Eugénie Abarratégui, *adm.*



1994-1996
Marguerite Dumais

1994-1995

Marguerite Dumais, *prés.*
Louise Guilbeault, *vice-prés.*
Johanne Maitre, *sec.*
Lisette Allaire, *trés.*
Linda Major, *adm.*
Cécile Lavoie, *adm.*
Nicole Trudel, *adm.*

1995-1997

Marguerite Dumais, *prés.*
J. P. Gagné, *adm.*
Claire Desmarais, *adm.*
Johanne Maitre, *adm.*
Cécile Lavoie, *adm.*
Linda Major, *adm.*
Lisette Allaire, *trés.*



1998-2002
Lucie Berteau

1998-1999

Lucie Berteau, *prés.*
André Wellman, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Linda Boisvert, *sec.*
France Boisvert, *adm.*
Marie Viel, *adm.*
Colette Parent, *adm.*
Lorraine Fournier, *adm.*

1999-2000

Lucie Berteau, *prés.*
André Wellman, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Linda Boisvert, *sec.*
France Boisvert, *adm.*
Stéphane Michaud, *adm.*
Colette Parent, *adm.*
Lorraine Fournier, *adm.*



2000-2001

Lucie Berteau, *prés.*
Heidi Yane, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
France Boisvert, *adm.*
Stéphane Michaud, *adm.*
France Camiré, *adm.*

2001-2002

Lucie Berteau, *prés.*
France Camiré, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Linda Boisvert, *sec.*
France Boisvert, *sec.*
Stéphane Michaud, *adm.*
Marielle Lambert, *adm.*
Lucie Charland, *adm.*



2002-2006
France Boisvert

2002

France Boisvert, *prés. (par intérim)*
France Camiré, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Stéphane Michaud, *sec.*
Lucie Charland, *adm.*
Marielle Lambert, *adm.*

2006-2007

France Boisvert, *prés. (par intérim)*
Lisette Allaire, *trés.*
Anne Breton, *adm.*
Jocelyne Dionne, *adm.*
Julie Leroux, *adm.*
Line Sabourin, *adm.*
Francine Lincourt Éthier, *adm.*

2002-2006
France Camiré

2002-2003

France Camiré, *prés.*
France Boisvert, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Stéphane Michaud, *adm.*
Lucie Charland, *adm.*
André Wellman, *adm.*
Ginette Cloutier, *adm.*

2003-2004

France Camiré, *prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Lucie Charland, *adm.*
Ginette Cloutier, *adm.*
Stéphane Michaud, *adm.*
André Wellman, *adm.*
Anne Breton, *adm.*
Francine Lincourt Éthier, *adm.*
Liem Nguyen, *adm.*
Line Sabourin, *adm.*

2004-2005

France Camiré, *prés.*
France Boisvert, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Anne Breton, *adm.*
Jocelyne Dionne, *adm.*
Julie Leroux, *adm.*
Francine Lincourt Éthier, *adm.*
Line Sabourin, *adm.*

2005-2006

France Camiré, *prés.*
France Boisvert, *vice-prés.*
Lisette Allaire, *trés.*
Anne Breton, *adm.*
Jocelyne Dionne, *adm.*
Julie Leroux, *adm.*
Francine Lincourt Éthier, *adm.*
Line Sabourin, *adm.*
Olivette Soucy, *adm.*



2007-2010
Francine Lincourt Éthier

2007-2008

Francine Lincourt Éthier, *prés.*
Anne Breton, *vice-prés.*
Johanne Dumas, *trés.*
Jocelyne Dionne, *adm.*
Julie Leroux, *adm.*
Line Sabourin, *adm.*
Olivette Soucy, *adm.*
Isabelle Yelle, *sec.*
Maria Crescenzi, *adm.*

2008-2009

Francine Lincourt Éthier, *prés.*
Anne Breton, *vice-prés.*
Johanne Dumas, *trés.*
Rosa DelVecchio, *adm.*
Line Sabourin, *adm.*
Olivette Soucy, *adm.*
Isabelle Yelle, *sec.*
Maria Crescenzi, *adm.*
Johanne Senneville, *adm.*
Michel Vaillancourt, *adm.*
Marie-Claire Barsalou, *adm. (subs.)*

2009-2010

Francine Lincourt Éthier, *prés.*
Michel Vaillancourt, *vice-prés.*
Rosa DelVecchio, *sec.*
Johanne Dumas, *trés.*
Olivette Soucy, *adm.*
Maria Crescenzi, *adm.*
Johanne Senneville, *adm.*
Karine Thorn, *adm.*



AOIC

Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie

La Gérotoise d'hier à aujourd'hui...

Depuis sa fondation en 1990, la revue a beaucoup évolué. On sait que le nom de *La Gérotoise* a été donné suite à un concours. Le proposeur du nom était Yves Panneton. Dans ce nom, se retrouvent trois composantes :

- Il est féminin pour une revue qui représente une association dont la majorité des membres sont des femmes.
- Le diminutif *Géron* rappelle la raison même qui a suscité la création de cette association : la gérontologie.
- *Toise*, la consonance fait allusion au fait que c'est une association québécoise.

Au début, *La Gérotoise* (14 pages) est publiée trois fois par année : Février, Juin et Octobre. (Lepipas, L., *Mot de la présidente*, 1(3) juin 1990.

Depuis sa fondation, plus de vingt personnes ont fait partie du comité à un moment ou à un autre. Pas moins de 89 collaborateurs ont écrit des articles, et ce, seulement depuis 2005. Depuis le début des années 80, la revue est publiée deux fois par année : le printemps et l'automne.

La Gérotoise, distribuée aux membres de l'Association, est répertoriée dans plusieurs sites Web, et est reçue par plusieurs bibliothèques de CSSS et d'hôpitaux généraux. Nous avons des lecteurs partout dans le monde francophone; les revues spécialisées en gériatrie, orientées surtout vers les soins infirmiers, de langue française sont rares. Les sujets de recherche et les expériences cliniques vécues par les différents milieux de soins sont repris par d'autres centres.

Une quantité de thèmes ont été touchés : la douleur de la personne âgée, les soins en dehors des institutions, ceux donnés à un proche à domicile, en milieu hospitalier, requis par les familles... Également ont été publiés plusieurs numéros sur les approches alternatives, sur les attitudes d'écoute, de partage, sur les interventions à privilégier.

Liste des membres du comité de *La Gérotoise* depuis 1990.

Lisette Allaire : 1996 à 1999
Lise Archambault : 1990 à 1994
Lucie Berteau : 2000 à 2003
Louise Bourbonnais : 1999 à 2003
Luce Brazeau : 2009 à 2010
Ginette Demers : 1990 à 1993
Margot Dumais : 1996
Gisèle Gaudreault : 1990 à 1993
Ginette Lavallière : 1999
Michel Lefebvre : 2001 à 2003
Lauraine Lepipas : 1990 à 1993
Linda Major : 1996
Louise Migneault : 1990 à 1994
Colette Parent : 2000
Nicole Pelletier : 2004 à 2008
Line Sabourin : 2004 à 2008
Olivette Soucy : 2003 à 2010
Nicole Trudel : 1993 à 1994
Michel Vaillancourt : 2009
Isabelle Yelle : 2006 à 2010

À tous, MERCI.

Des infirmières honorées le 28 avril

À l'occasion de son cocktail de clôture du colloque *Soins et services aux personnes âgées : nouveaux horizons*, le 28 avril 2010, des fleurs ont été remises à mesdames Louise Lévesque et Odette Roy afin de souligner leurs carrières remarquables. Elles sont toutes deux membres de notre Association. Madame Lévesque, professeur émérite de l'Université de Montréal, a été fait membre de l'Ordre du Canada au printemps 2009, et madame Odette Roy a reçu le prix *Reconnaissance* du SIDIEFF.



Dans l'ordre de gauche à droite, madame Francine Lincourt Éthier, présidente de l'AQIIG, madame Louise Lévesque, Membre de l'Ordre du Canada, madame Odette Roy, récipiendaire du prix *Reconnaissance* (SIDIEFF) et madame Louise Desrosiers, présidente de l'Ordres des infirmières et infirmiers du Québec et présidente du SIDIEFF.

Colloque de l'IUGM ~ 17 et 18 mars 2011

« Le défi de l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer »

L'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) est fier d'annoncer la tenue du colloque « *Le défi de l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer* », premier grand événement international du Centre d'excellence en santé cognitive (CESCO), titre octroyé à l'IUGM par le RUIS de l'Université de Montréal.

Les maladies chroniques, incluant les maladies neurodégénératives, sont devenues, dans les pays les mieux nantis, les sources majeures de morbidité. Aussi, parce qu'elles atteignent les fonctions cognitives et altèrent l'autonomie fonctionnelle, elles ont des conséquences dévastatrices. Nous proposons donc deux jours d'intenses réflexions consacrées à ces maladies en centrant notre intérêt sur l'efficacité des interventions.

Coût d'inscription au colloque : 450 \$ avant le 1^{er} février, 500 \$ après cette date et 350 \$ pour les étudiants.

Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site de l'IUGM au :
<http://www.iugm.qc.ca/iugm/diffusion-de-l-expertise/colloques-et-symposiums>.

Renseignements : Marie-Michèle Boutet

Responsable à l'organisation des événements scientifiques

514 340-2800, poste 3145

expertise.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Odette Roy: prix du SIDIEF 2009



Madame Odette Roy a reçu le prix *Reconnaissance* 2009 du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF)¹ à Marrakech, au Maroc, lors du dernier colloque de juin 2010. Cet organisme décerne ces prix afin de rendre hommage aux infirmières et infirmiers qui contribuent de façon exemplaire à la santé des populations et au rayonnement de la profession (SIDIEF, 2009).

Madame Roy est infirmière, Ph.D., adjointe à la Direction des soins infirmiers, volet clinique et recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal. Elle s'est particulièrement impliquée dans le transfert de connaissances et dans le développement de nouvelles pratiques en soins infirmiers, notamment dans le domaine de la gérontologie. On lui doit, entre autres, le *Plan national pour les contentions* (2003)² en lien avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux, orientations qui ont été implantées dans tous les centres de soins de la province³. Elle a également travaillé sur des actions visant à prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées et de plusieurs autres projets.

Titulaire d'un doctorat en sciences de l'éducation de l'Université de Montréal, elle possède aussi une maîtrise en sciences infirmières de cette université et une maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique (ENAP).

Pour son leadership et sa détermination, madame Roy fait figure de pionnière dans le domaine des soins et est un modèle pour les générations infirmières montantes.

Madame Roy est membre de l'AQIIG depuis de nombreuses années et suit le développement des soins gériatriques avec intérêt.

RÉFÉRENCES

- 1 Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) 2009. Prix reconnaissance du SIDIEF.
- 2 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention et isolement et substances chimiques.*
- 3 Roy, O., & Authier, M. (2006). Utilisation de la contention physique dans un hôpital de soins de courte durée. *La Gérontoise* 17(2) juillet, 4-13.

Le Y des femmes 2010 à Francine Ducharme



Le Prix *Femmes de mérite du Y des femmes* (catégorie Sciences et santé) est décerné en 2010 à madame Francine Ducharme, professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ce prix a pour objectif d'honorer et de rendre un hommage particulier à madame Ducharme ainsi qu'à dix autres femmes québécoises qui ont favorisé de façon concrète l'avancement des femmes en s'illustrant comme pionnière dans leur sphère d'activités et pour les actions qu'elles ont posées dans leur domaine et dans leur rayonnement national et international. Ces lauréates sont un modèle et une source d'inspiration pour d'autres filles ou femmes de notre société.

Madame Francine Ducharme, qui est aussi chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire en gériatrie de Montréal et titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, s'est mérité ce prix pour l'ensemble de sa carrière notamment, pour ses travaux qui ont mis en relief la précarité de l'état de santé des femmes aidantes et leur besoin de reconnaissance sociale, elles qui viennent en aide à leur famille en prenant soin de leur parent ou de leur conjoint âgé. Reconnue par le Fonds de la recherche en santé du Québec comme chercheur national, madame Ducharme a obtenu plus de 14 millions\$ en subventions de recherche et publié plus de 200 articles ou communications scientifiques. Ses réalisations se démarquent non seulement par leur qualité scientifique, mais également par leur portée concrète sur la qualité de vie des aidantes et sur la pratique des intervenantes, l'organisation des services à domicile et les politiques de soutien aux aidantes.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie est fière de compter parmi ses membres une infirmière aussi engagée et dédiée à la cause des femmes aidantes.

Olivette Soucy (avec la collaboration de D. Saulnier)

Un membre de l'AQIIG reçoit le Prix Céline Goulet



Madame Diane Saulnier, membre de l'AQIIG depuis plusieurs années, a reçu, le 20 octobre 2010, le prix *Céline Goulet* du Regroupement des diplômées de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour souligner ses réalisations et son engagement envers sa profession et son Alma mater. Ce prix a été décerné la première fois à madame Céline Goulet, ancienne doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, qui a initié en 2007 la création de ce nouveau Regroupement. Diane Saulnier est actuellement coordonnatrice de la Chaire Desjardins à la personne âgée et à la famille et de la Chaire de recherche sur les nouvelles pratiques en soins infirmiers à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Madame Diane Saulnier a contribué tout au long de sa carrière, notamment comme gestionnaire, enseignante et coordonnatrice en recherche, à influencer la pratique des soins infirmiers gériatriques basée sur des données probantes. Elle a participé activement au développement de la Faculté des sciences infirmières en siégeant à plusieurs comités et en contribuant de façon significative à la mise sur pied de deux chaires de recherche en sciences infirmières à l'Université de Montréal, chaires uniques au Canada. Son implication bénévole auprès d'étudiants en choix de carrière et auprès de jeunes immigrantes, candidates à la profession infirmière, permet à plusieurs d'entre eux de poursuivre leurs études et d'obtenir leur diplôme.

Parmi ses nombreuses réalisations antérieures, figure son implication comme directrice des soins infirmiers à l'IUGM, comme secrétaire générale de l'OIIQ et comme enseignante au collège Bois-de-Boulogne.

L'AQIIG souhaite féliciter madame Saulnier pour l'hommage qui lui est rendu et la remercier pour son engagement envers notre association, particulièrement lors de l'organisation de nos colloques biannuels.

Olivette Soucy

Pour toute communication avec l'Association

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

Membres du Conseil d'administration 2010-2011

- Francine Lincourt Éthier, présidente
Directrice des soins infirmiers
et programme à la clientèle - Résidence Angélica
(514) 324-6110 ext. 288
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Maria Crescenzi, administratrice
Conseillère aux activités cliniques - Résidence Angélica
(514) 324-6110 ext. 287
maria.crescenzi.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Rosa DelVecchio, administratrice
Coordonnatrice PPALV, CSSS de la Montagne
CLSC Métro
rdelvecchio@ssss.gouv.qc.ca
- Johanne Dumas, trésorière
Coordonnatrice d'activités cliniques IUGM
(514) 340-2800
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Huguette Bleau, administratrice
Directrice des soins infirmiers
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes
(514) 527-4595, ext. 310
huguette.bleau.nddl@ssss.gouv.qc.ca
- Olivette Soucy, administratrice
Consultante en soins infirmiers gériatriques
(514) 504-6279
Olivette_soucy@hotmail.com
- Karine Thorn, administratrice
Infirmière clinicienne spécialisée
Clinique de cognition IUGM
(514) 340-2800 (3082)
karine.thorn.iugm@ssss.gouv.qc.ca

Changement d'adresse

Nouvelle adresse : _____ # membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

À compter du : _____

Nouvelle adresse : _____ # membre : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____