

La Gérontoise

Volume 26, numéro 1 - Printemps 2015

L'importance des proches aidants
et de l'enseignement

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérotoise
Printemps 2015, vol. 26, no. 1

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary
Montréal, QC, H3W 1W5
site web : www.aqiig.org
courriel : info@aqiig.org
téléphone : 514 340-2800, poste 3092

Présidente de l'AQIIG
Francine Lincourt Éthier

Rédaction

Rédactrice en chef
Linda Thibeault

Conseillère clinique
Johanne Senneville

Révisseuses linguistiques
Huguette Bleau
France Collin
Olivette Soucy

Secrétaire
Ghislaine Carrière

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaboratrices
Dominique Beaulieu
Louise Bélanger
Denise Destremes
Laurence Guillaumie
Francine Lincourt Éthier
Liliana Martinez
Olivette Soucy
Linda Thibeault

Production

Infographie et impression
Quadriscan

Dépôt légal
2^e trimestre 2015
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 Gérotoie.

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

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

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

Politique publicitaire

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

Politique d'abonnement

La Gérotoise est envoyée gratuitement à tous les membres. Pour faire partie de l'Association, vous devez compléter une demande d'adhésion.

Le coût de l'abonnement est de 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

Pour plus d'information, consulter le site internet www.aqiig.org, ou communiquer au 514 340-2800, poste 3092.

4

Mot de la présidente

6

Recherche

L'implication des proches dans les soins des personnes âgées hospitalisées à risque de délirium : constats et réflexions.

Louise Bélanger

L'enseignement et le counseling avec les personnes âgées : des mots pour dire ce qui rend malade et en gérer les conséquences.

Laurence Guillaumie et Dominique Beaulieu

26

Observatoire vieillissement et société

Denise Destrempes

36

J'ai lu

Olivette Soucy

5

Éditorial

Linda Thibeault

22

Expériences cliniques

Travailler avec les personnes âgées dans un centre de jour : une expérience enrichissante.

Liliana Martinez

28

La Gérontoise, 25 ans déjà!

(1^{re} partie)

Olivette Soucy

Mot de la présidente



Chères collègues,

Je suis heureuse de vous retrouver et j'espère que vous êtes toutes en forme. Pour votre Association, l'année 2014, qui marquait son 30e anniversaire, a été une année fertile en événements. La transformation et la modernisation de son image avec un nouveau logo, un site WEB renouvelé et la mise en place d'un site transactionnel de gestion « en ligne » ont nécessité les énergies de toutes.

Nous préparons l'année 2015, qui sera également une année de célébration puisque *La Gérontoise* fête ses 25 ans! Cette revue de gérontologie se distingue par les sujets, en grande partie, orientés vers les sciences infirmières. Elle s'est parée de nouveaux atours l'an dernier avec une couverture et une présentation davantage moderne et dynamique. *La Gérontoise* a évolué à travers les décennies grâce au dévouement de nombreux bénévoles, infirmières et infirmiers, chercheurs et professeurs, qui ont contribué à enrichir son contenu. Nous les remercions sincèrement

d'avoir contribué à sa pérennité. Nous soulignons cet anniversaire par un premier article présentant une rétrospective des publications allant de 1989 jusqu'à 2000. La deuxième partie, 2001 à 2015, sera insérée dans la revue de l'automne. Pourquoi 1989 si nous soulignons le 25e anniversaire? Tout simplement à cause d'un concours! En effet, en octobre 1989, une première parution de la revue de l'Association voyait le jour. On y trouvait un concours destiné à lui trouver un nom; ce qui fut fait dans l'année. C'est finalement en juin 1990 que naissait *La Gérontoise!*

L'année 2015 est aussi une année de grands changements dans le réseau de la santé et des services sociaux! Plusieurs personnes nous quittent, changent d'établissement ou de fonctions... Merci à ces femmes et à ces hommes qui ont beaucoup donné à notre société en assurant jour après jour, une qualité de soins et de services à diverses clientèles. Votre Association, quant à elle, demeure et poursuit sa mission: promouvoir la qualité des soins et des services en santé, favoriser l'amélioration des compétences professionnelles en gérontogériatrie et valoriser les savoirs en partageant les nouvelles connaissances et en publiant les expériences cliniques gériatriques.

Dernièrement, nous apprenions qu'une des récipiendaires de l'Insigne de reconnaissance de l'AQIIG, madame Francine Ducharme, a été nommée doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Madame Ducharme entrera en fonction au mois de juin 2015. Ce sera une année faste puisqu'elle est aussi récipiendaire du prix Reconnaissance 2015 du SIDIEF. Madame Ducharme quitte ses fonctions de titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, fonction qu'elle occupait depuis 2000. Madame Anne Bourbonnais, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et membre de l'AQIIG lui succède. Félicitations mesdames et quel beau rayonnement pour la gérontogériatrie!

En terminant, je veux remercier madame Linda Thibeault qui quitte ses fonctions de rédactrice de *La Gérontoise* et lui souhaiter une bonne continuation et succès dans ses autres projets.

Je vous souhaite un bel été.

A handwritten signature in blue ink that reads "Francine Lincourt Éthier inf. M.B.". The signature is written in a cursive, flowing style.

Francine Lincourt Éthier
Présidente

Éditorial

Le temps passe vite. Tellement rapidement que cela fait déjà 25 ans que *La Gérontoise* existe dans le paysage des soins infirmiers gériatriques. Tel que souligné dans le mot de la présidente, ces années ont été fructueuses de textes de grande valeur et d'auteurs dévoués. C'est pour célébrer ces années fabuleuses qu'une rétrospective des divers articles écrits vous est présentée.

Ce numéro présente un premier article qui portera sur le délirium, ses conséquences et les traitements non pharmacologiques recommandés dans le but de le prévenir et de le traiter. Cet article très intéressant écrit par madame Louise Bélanger vise particulièrement l'implication précieuse des proches de la personne aînée aux prises avec un délirium. La collaboration des proches avec les infirmières, de même que leur implication dans le plan d'intervention et avec l'organisation des soins, sont aussi abordées.

Par la suite, un autre excellent article, écrit par mesdames Laurence Guillaumie et Dominique Beaulieu, apporte un nouvel éclairage spécifiquement sur l'enseignement et le counseling auprès des personnes aînées. Bien que l'enseignement, le counseling et l'approche centrée sur la personne fassent partie du rôle des infirmières depuis longtemps, certaines contraintes actuelles, dont le temps disponible par rapport à la charge de travail ou les milieux de soins non adaptés, deviennent des défis. Les auteures suggèrent donc certaines stratégies et compétences pour permettre leur application lors d'interventions courtes visant l'amélioration de l'expérience de soins de santé et la satisfaction des personnes aînées pour les soins reçus. Les infirmières en retirent aussi une plus grande satisfaction en regard de leur travail et de leurs soins.

Madame Liliana Martinez décrit ensuite l'expérience enrichissante de travailler auprès des personnes aînées dans un centre de jour. Elle présente sa clientèle et les activités offertes y sont exposées. Puis, le portrait d'une journée type de l'infirmière du centre de jour, de l'importance de son rôle et de sa particularité comme intervenante pivot est élaboré de manière pertinente. L'auteure affirme, entre autres, que cette infirmière ne doit pas avoir seulement des connaissances professionnelles, mais doit posséder aussi de la créativité, des habiletés, de même qu'un certain sens de l'humour.

Par la suite, madame Denise Destrempe nous présente l'Observatoire Vieillesse et Société. Créé il y a plus de 10 ans, cet organisme, associé à l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, vise la surveillance de toute discrimination sournoise telle que l'âgisme.

Un retour sur les 25 années extraordinaires et riches de la revue *La Gérontoise* est fait par madame Olivette Soucy. Vous trouvez dans cet article une description plus particulière des années de publication entre 1989 à 2000. La suite de cette rétrospective aura lieu dans notre publication de l'automne.

Un **J'ai lu**, porte sur deux livres. Le premier, celui de monsieur Patrick Vinay (2010) *Ombres et lumières sur la fin de la vie*, élabore ses réflexions et celles des intervenants sur le sens de la vie et de la mort. Le second, de Madame Diane Boivin (2014) *Derrière les gestes*, raconte les souvenirs et les divers moments vécus par cette infirmière qui a occupé plusieurs fonctions, passant de soignante à gestionnaire dans le réseau de la santé.

Finalement, je tiens à souligner avec tristesse que je dois quitter mes fonctions en tant que rédactrice en chef, car la vie et ma santé en ont décidé ainsi, à mon grand regret. Mon passage à *La Gérontoise* aura été de courte durée, mais intense car il est fait au moment où cette dernière était en plein changement d'image et de personnel. Je tiens à souhaiter toutes mes meilleures pensées à l'équipe qui continuera son histoire et à la nouvelle rédactrice en chef qui prendra le relais.

Linda Thibeault

Administratrice et rédactrice en chef de *La Gérontoise*.

L'implication des proches dans les soins des personnes âgées hospitalisées à risque de délirium : constats et réflexions

Louise Bélanger, Inf., Ph. D.
Professeure à l'Université du Québec en Outaouais

Introduction

Au Canada et au Québec, le nombre de personnes âgées, principalement celles de 85 ans et plus, est en croissance dans les établissements de soins de courte durée (Institut canadien de l'information sur la santé, 2013; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2012). La réserve physiologique et la capacité de récupération de ces personnes sont réduites et celles-ci sont souvent très affectées par un séjour hospitalier (Fletcher, 2007). Le délirium, décrit comme un trouble cognitif soudain, fluctuant et généralement temporaire, est un syndrome survenant fréquemment chez cette clientèle. Plus précisément, plus de 40 % des personnes âgées peuvent le développer au cours d'une hospitalisation (Ahmed, Leurent & Sampson, 2014).

Chez la personne en délirium, on observe une perturbation soudaine et fluctuante de l'attention, de la conscience et du discours. Cette personne a de la difficulté à répondre à des questions directes, à enregistrer ce qui se passe, à penser clairement et rapidement et à s'exprimer de façon cohérente. Son sommeil, sa mémoire, ses activités psychomotrices et ses perceptions peuvent

également être bouleversés (Arcand & Hébert, 2007; Ropper & Brown, 2005).

Le délirium influence l'état cognitif et fonctionnel des personnes atteintes, la durée de leur séjour hospitalier et le pronostic (Ely & al., 2004; Inouye, Rushing, Foreman, Palmer & Pompei, 1998; McCusker, Cole, Abrahamowicz, Primeau & Belzile, 2002; McCusker, Cole, Dendukuri & Belzile, 2003). Aussi, elles se retrouvent soudainement dans un environnement en constant changement et rempli d'illusions, d'hallucinations, de craintes et de pertes de contrôle qui, quelquefois, les effraient (Bélanger & Ducharme, 2011).

La condition de santé de la personne âgée présentant, par exemple une infection, de la douleur ou un déséquilibre électrolytique, peut être à l'origine du délirium. Par ailleurs, les interventions de soins, ou l'absence d'intervention, et certaines caractéristiques de l'environnement peuvent aussi précipiter ce syndrome (Ahmed, Leurent & Sampson, 2014; Arend & Christensen, 2009; Dasgupta & Dumbrell, 2006; McCusker & al., 2001; Van Rompaey, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijten & Bossaert, 2008). Une liste des principaux facteurs pouvant causer un délirium est présentée au Tableau 1.

Tableau 1

Principaux facteurs précipitant le délirium

Personne/Santé	Soins	Environnement
<ul style="list-style-type: none">• Déséquilibre électrolytique• Déséquilibre métabolique• Déshydratation• Douleur• Fièvre et infection• Hypoxie• Hypotension• Immobilité• Malnutrition• Privation de sommeil	<ul style="list-style-type: none">• Ajout de certains médicaments (ex. anxiolytiques, anticholinergiques, antihistaminiques, analgésiques)• Ajout de plus de trois médicaments au cours de l'hospitalisation• Arrêt de médicaments utilisés sur une longue période• Contraintes médicales (ex. IV, sonde urinaire)• Délais opératoires• Mesures de contrôle physique• Séjour hospitalier prolongé	<ul style="list-style-type: none">• Absence de fenêtre• Absence d'horloge, de calendrier, d'objets personnels• Absence de lunettes et d'appareils auditifs• Changement de chambre• Isolement• Sur ou sous stimulation

Sources : Ahmed & al., (2014); Arend & Christensen, (2009); Dasgupta & Dumbrell, (2006); McCusker & al., (2001); Van Rompaey & al., (2008).

Lorsque le délirium survient, les interventions requises visent principalement la reconnaissance de ce syndrome, l'identification des causes et, si possible, leur élimination, ainsi que le soutien et la restauration de l'état fonctionnel et cognitif de la personne atteinte (Marcantonio, 2002; Rolfson, 2002). Dans les faits, c'est principalement à l'aide de multiples interventions favorisant le confort, l'équilibre physiologique et la sécurité qu'on peut améliorer la condition de santé de la personne, voire diminuer l'incidence, la durée et la sévérité du délirium (Milisen, Lemiengre, Braes & Foreman, 2005).

Les objectifs de cet article sont d'identifier les interventions non pharmacologiques pouvant aider à prévenir ou à traiter le délirium. Ils peuvent aussi décrire comment les proches des personnes âgées hospitalisées peuvent contribuer à la mise en place de ces mesures. Les barrières à l'implication de ces proches dans les soins et les défis à relever par les infirmières à ce sujet seront également présentés.

Des interventions non pharmacologiques pour prévenir et traiter le délirium

Outre la reconnaissance des signes de délirium et l'évaluation de la personne, de sa condition de santé, des soins qui lui sont offerts et de l'environnement pour identifier et éliminer, si possible, les facteurs précipitant ce syndrome (voir Tableau 1), plusieurs interventions non pharmacologiques peuvent aider à prévenir le délirium et, lorsqu'il survient, à en diminuer les conséquences. Ces interventions visent à mettre en place un environnement de soutien interpersonnel, physique et sensoriel. Elles proviennent d'études empiriques (Bélanger & Ducharme, 2011; Hshieh & al., 2015; Martinez, Tobar & Hill, 2014; Milisen & al., 2005) et se retrouvent, pour la plupart, dans divers guides de pratique tels que celui du Registered Nurses Association of Ontario, (2010) ou de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006). Elles sont listées dans le Tableau 2.

Tableau 2

Les interventions non pharmacologiques pouvant aider à prévenir ou traiter le délirium et à en diminuer les conséquences

Environnement de soutien	Interventions
Interpersonnel	<ul style="list-style-type: none">• Informer la personne et ses proches de ce que sont le délirium et les interventions requises• Rassurer la personne et expliquer à l'avance les interventions prévues• Rassurer et impliquer les proches dans les soins• Éviter la confrontation. Ne pas contredire directement les croyances illusoires de la personne• Permettre à la personne de partager l'expérience qu'elle a vécue
Physique	<ul style="list-style-type: none">• Reconnaître et répondre aux besoins spécifiques de la personne• Soulager la douleur• Mobiliser• Alimenter et hydrater adéquatement• Favoriser une élimination urinaire et intestinale régulière• Gérer le sommeil (idéalement sans médicament)• Éviter, si possible, les mesures de contrôle physiques• S'assurer que l'environnement est sécuritaire
Sensoriel	<ul style="list-style-type: none">• S'assurer que la personne porte ses lunettes et appareils auditifs• Fournir une présence rassurante telle que membres du personnel, proches ou bénévoles• Orienter et distraire à l'aide de divers moyens tels que journaux, montre, calendrier, objets personnels, discussions sur l'actualité ou jeux de société

Adapté de Bélanger, Coulombe, Wanis & Roch (2009).

L'implication des proches dans les soins pour soutenir la personne âgée recevant des soins

Les proches aidants sont des membres de la famille, des amis ou autres personnes qui prodiguent gratuitement des soins à la personne âgée (Conseil canadien de la santé, 2012). Ils peuvent jouer un rôle dans les soins offerts aux personnes âgées à risque de délirium ou qui présentent les signes de ce syndrome, et ce, avec des résultats positifs autant pour eux que pour la personne soignée. Dans les récents écrits concernant l'implication des proches dans les soins des personnes à risque de délirium (Carbone & Gugliucci, 2014; Halloway,

2014), les auteures soulignent l'importance de cette approche et font ressortir ses bénéfiques et les résultats découlant de son utilisation. Carbone et Gugliucci (2014) précisent, entre autres, qu'en impliquant les proches on peut diminuer le stress et la peur que ceux-ci vivent, mais aussi réduire l'incidence du délirium et augmenter le bien-être psychologique des personnes âgées soignées. Ces auteures mettent aussi en évidence qu'en permettant aux proches de contribuer aux soins, ceux-ci se sentent respectés et en confiance et sont plus enclins à collaborer avec l'équipe de soins. À ce sujet, une infirmière d'expérience ayant participé à une étude de Lindhardt, Hallberg & Poulsen (2008), dans laquelle les auteures ont exploré auprès d'infirmières la collaboration avec les proches de personnes âgées hospitalisées fragiles, a dit :

J'ai toujours les proches aidants dans ma mire (...). Je sens que c'est important d'inclure les proches aidants dans le processus le plus rapidement possible, en partie parce que le patient est une personne âgée, une personne fragile et, en partie parce que, bien [je veux savoir] quel est le niveau de soins que je dois offrir à ce patient (...). Je dois être [proactive]. De cette façon, les soins se font mieux (...). Ils [les proches aidants] se calment, ils se calment vraiment [Traduction libre] (p.675).

Dans les faits, lorsque les proches comprennent comment se manifeste le délirium et quelles sont ses causes et ses conséquences, ils sont en mesure de reconnaître les signes précoces de ce syndrome, de comprendre les comportements de la personne aînée soignée et d'y faire face d'une manière appropriée (Carbone & Gugliucci, 2014). Ainsi, ils peuvent contribuer à la création d'un environnement de soutien interpersonnel (voir Tableau 2) en évitant, entre autres, de confronter ou de contredire la personne soignée et en lui permettant de partager son expérience.

Quelques études (Black, Boore & Parahoo, 2011; Martinez, Tobar, Beddings, Vallejo & Fuentes, 2012) mettent également en évidence que certaines interventions de soutien sensoriel (Tableau 2) peuvent être accomplies par les proches. Plus particulièrement, ceux-ci peuvent offrir une présence prolongée et quotidienne au cours de laquelle ils rassurent la personne soignée et l'aident à s'orienter dans le temps en discutant, entre autres, d'évènements récents, lui fournissent une montre et un calendrier, s'assurent que la personne a ses lunettes, ses prothèses dentaires et ses appareils auditifs et mettent des objets familiers dans la chambre, par exemple, par des photos ou un coussin. Les proches peuvent aussi soutenir physiquement la personne soignée (Tableau 2), par exemple en l'aidant à se mouvoir, à s'alimenter ou à s'hydrater (Hill, Yevchak, Gilmore-Bykovskiy & Kolanowski, 2014).

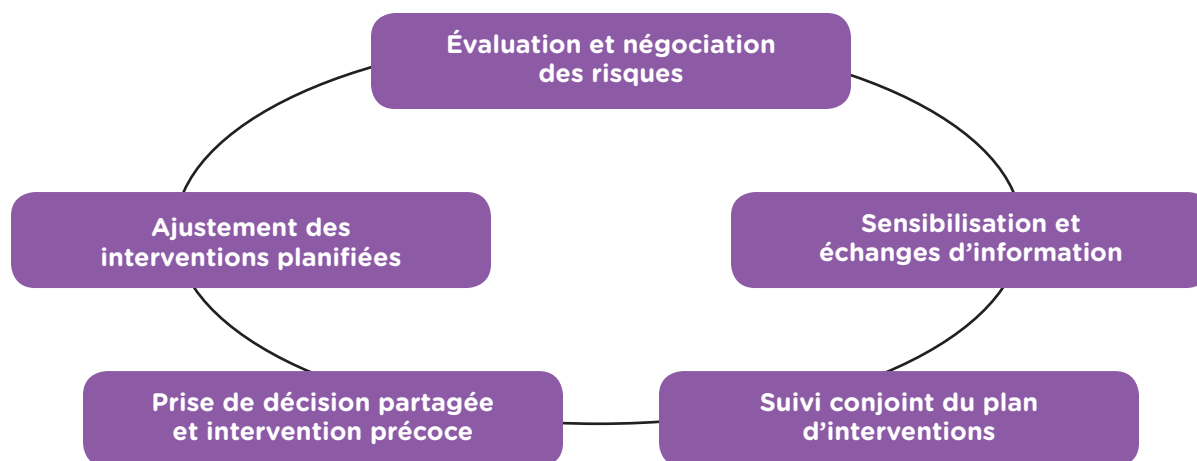
Des défis pour les infirmières et pour l'organisation

La participation des proches dans les soins est possible quand leur relation avec les soignants est constructive. À cet égard, Haesler, Bauer et Nay (2006; 2010), dans leurs revues systématiques des écrits visant à identifier les facteurs qui influencent cette relation, précisent que celle-ci est dépendante de la qualité de la communication, de l'information, de l'éducation et du soutien

administratif. Ils soulignent l'importance de créer avec les proches une relation basée sur le respect, la confiance et l'empathie, de partager le contrôle sur les soins en leur permettant de participer au processus décisionnel, de leur fournir régulièrement des informations sur les interventions de soins et les résultats de celles-ci. Enfin, ils rappellent la nécessité de tenir compte des caractéristiques et de la dynamique de la famille qui pourraient se modifier selon les circonstances et l'intensité de leurs émotions, par exemple si l'état de la personne soignée se détériore.

Pour soutenir ce partenariat, Hill & al. (2014) ont développé un modèle dans lequel les soignants collaborent étroitement avec les proches. Les auteurs de ce modèle suggèrent un processus collaboratif en cinq étapes (voir Figure 1). Pour illustrer leur modèle, ils l'ont appliqué à des situations de soins impliquant des personnes aînées présentant des troubles cognitifs lors de leur admission dans un centre hospitalier de soins de courte durée. Au cours de ce processus, les risques de délirium sont évalués et négociés avec la personne soignée et ses proches et des informations sont partagées. À cette étape, les expériences passées, les valeurs et les préférences de la personne aînée hospitalisée sont recherchées par les soignants et utilisées pour personnaliser les soins. Par la suite, le suivi du plan d'interventions est assuré conjointement par les soignants et les proches de la personne soignée. Ceux-ci sont alors vigilants et aux aguets de tous changements subtils dans les comportements verbaux et non verbaux de la personne soignée pouvant refléter l'apparition du délirium. Un instrument comme le Repérage Actif du Delirium Adapté à la Routine (R.A.D.A.R) (Voyer, 2014), un outil facile d'utilisation pour repérer rapidement les signes du délirium, peut être utile pour reconnaître ces changements. Selon l'évolution de l'état de la personne soignée, des décisions sont prises en collaboration avec les proches et des interventions précoces sont effectuées. Par exemple, une présence rassurante la nuit peut aider la personne aînée hospitalisée à mieux dormir ou l'hydratation régulière d'une personne oubliant de boire peut éviter un déséquilibre électrolytique (p.ex. déshydratation). Enfin, les interventions planifiées sont ajustées.

Figure 1. Processus collaboratif avec les proches



Adapté de Hill et al. (2014)

La mise en place d'une relation constructive avec les proches de la personne soignée représente un défi pour les infirmières qui, quelquefois, ne voient pas ces personnes comme des partenaires, mais plutôt comme des récepteurs passifs d'information (Lindhardt, Hallberg & Poulsen, 2008), voire des problèmes, des intrus, des obstacles (Haesler & al., 2006). En fait, le modèle de partenariat proposé par Hill et al. (2014) oblige les infirmières à modifier leur vision des proches et de leur pratique auprès de la personne hospitalisée. Toutefois, l'atteinte de cet objectif n'est possible que si l'organisation soutient un tel projet. À cet égard, ces mêmes auteurs suggèrent différents moyens, notamment la formation du personnel et la sensibilisation des proches au partenariat de soins et à la gestion du délirium, le développement de politiques à ce sujet et le monitoring d'indicateurs mettant en évidence les améliorations. L'exploration systématique des préférences des proches quant à leur participation aux soins et la souplesse des heures de visites sont d'autres moyens proposés par ces auteurs pour favoriser un partenariat de soins.

Conclusion

L'inclusion des proches dans les soins est une stratégie bénéfique pour les personnes âgées hospitalisées à risque de délirium. Dans les faits, les proches peuvent contribuer à la création

d'un environnement de soutien interpersonnel, physique et sensoriel et ainsi diminuer les conséquences du délirium. Il est réaliste d'imaginer que leur contribution permettrait d'éviter les mesures ayant des conséquences souvent néfastes pour les personnes âgées soignées, notamment les mesures de contrôle physiques ou chimiques. Ces avantages sont reliés au fait que les personnes âgées soignées font partie d'un système familial et culturel qui leur est propre et que leurs proches peuvent contribuer à personnaliser les soins qui leur sont offerts, facilitant ainsi leur transition vers un état de bien-être physique, psychologique et social. Toutefois, la mise en place de cette stratégie exige un engagement clair des infirmières et de l'organisation. Les infirmières doivent collaborer avec les proches au cours de l'ensemble de la trajectoire de soins, et l'organisation doit soutenir cette approche à l'aide de l'enseignement et de la création de politiques et procédures cohérentes.

Remerciements

Je veux remercier les professeures Lucie Lemelin et Sylvie Charrette à l'UQO pour leur lecture attentive et leurs commentaires pertinents.



Louise Bélanger

Inf., Ph. D.

Madame Louise Bélanger est professeure à l'Université du Québec en Outaouais, chercheuse régulière au RRISIQ et chercheuse associée au CRHSCM. Elle a travaillé pendant plus de 25 ans comme gestionnaire dans le réseau de la santé et des services sociaux auprès et pour les aînés et leurs familles. Elle est détentrice d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université de Montréal qu'elle a obtenu en 2013. Elle s'intéresse principalement aux soins offerts aux aînés hospitalisés, aux relations infirmière-aînés-proches et aux approches éducatives en formation infirmière.

Vous pouvez rejoindre Mme Bélanger au louise.belanger@uqo.ca

RÉFÉRENCES

Ahmed, S., Leurent, B. & Sampson, E. L. (2014). Risk factors for incident delirium among older people in acute hospital medical units: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 43(3), 326-333. doi : 10.1093/ageing/afu022

Arcand, M. & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie*. Montréal : Edisem.

Arend, E. & Christensen, M. (2009). Delirium in the intensive care unit: a review. *Nursing in Critical Care*, 14(3), 145-154.

Bélanger, L., Coulombe, R., Wanis, L. & Roch, G. (2009). Un programme de soins basé sur le Caring. *Perspective Infirmière*, 6(3), 28-32.

Bélanger, L. & Ducharme, F. (2011). Nurses' and patients' experience of delirium: review of qualitative studies. *Nursing in Critical Care*, 16(6), 303-315. doi : 10.1111/j.1478-5153.2011.00454.x

Black, P., Boore, J. R. P. & Parahoo, K. (2011). The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing*,

67(5), 1091-1101. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x

Carbone, M. K. & Gugliucci, M. R. (2014, sous presse). Delirium and the Family Caregiver: The Need for Evidence-based Education Interventions. *The Gerontologist*, 1-8. doi : 10.1093/geront/gnu035

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) (2006). *Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge du délirium*. Repéré à <http://www.ccsmh.ca/fr/guidelinesusers.cfm>

Conseil canadien de la santé. (2012). *Aînés dans le besoin aidants en détresse : Quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada?* Repéré à http://www.conseilcanadiendelasante.ca/rpt_det.php?id=348

Dasgupta, M. & Dumbrell, A. C. (2006). Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1578-1589. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05558.x

Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Jr.,...Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291(14), 1753-1762.

Fletcher, K. (2007). Optimizing reserve in hospitalized elderly. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 19(3), 285-302.vi.

Haesler, E., Bauer, M. & Nay, M. (2006). Factors associated with constructive staff-family relationships in the care of older adults in the institutional setting. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 4, 288-336. doi:10.1111/j.1479-6988.2006.00053.x

Haesler, E., Bauer, M. & Nay, M. (2010). Recent evidence on the development and maintenance of constructive staff-family relationships in the care of older people - a report on a systematic review update. *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 8, 45-74. doi:10.1111/j.1744-1609.2010.00165.x

Halloway, S. (2014). A family approach to delirium: a review of the literature. *Aging et Mental Health*, 18(2), 129-139. doi : 10.1080/13607863.2013.814102

Hill, N. L., Yevchak, A., Gilmore-Bykovskiy, A. & Kolanowski, A. M. (2014, sous presse). The Model of Care Partner Engagement: Use in delirium management. *Geriatric Nursing*, doi : 10.1016/j.gerinurse.2014.02.023

Hshieh, T. T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T. & Inouye, S. K. (2015, sous presse). Effectiveness of Multicomponent Nonpharmacological Delirium Interventions: A Meta-analysis *JAMA Intern Med*. doi : 10.1001/jamainternmed.2014.7779

Inouye, S. K., Rushing, J. T., Foreman, M. D., Palmer, R. M. & Pompei, P. (1998). Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *Journal of General Internal Medicine*, 13(4), 234-242.

Institut canadien de l'information sur la santé. (2013). *Statistiques éclair. Hospitalisations, volumes, taux de séjour normalisés*. Repéré à http://apps.cihi.ca/MicroStrategy/asp/Main.aspx?server=torapprd30.CIHI.CAetproject=Quick+Statsetuid=pce_pub_fretpwd=etevt=2048001etvisualizat ionMode=OetdocumentID=2FCF97EA11DF67CC00100080693738A0

Lindhardt, N. T., Hallberg, I. R. & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 668-681. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010

Marcantonio, E. (2002). The management of delirium. Dans J. Lindesay, K. Rockwood et A. Macdonald (Dir.), *Delirium in old Age*. (pp.123-151). Oxford : Oxford University Press.

Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G. & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41, 621-634. doi: 10.1093/ageing/afs060

Martinez, F., Tobar, C. & Hill, N. (2014, sous presse). Preventing delirium: should non-pharmacological, multicomponent interventions be used? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Age and Ageing*. doi : 10.1093/ageing/afu173

McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Han, L., Podoba, J. E. & Ramman-Haddad, L. (2001). Environmental risk factors for delirium in hospitalized older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1327-1334.

McCusker, J., Cole, M., Abrahamowicz, M., Primeau, F. & Belzile, E. (2002). Delirium predicts 12-month mortality. *Archives of Internal Medicine*, 162(4), 457-463.

McCusker, J., Cole, M. G., Dendukuri, N. & Belzile, E. (2003). Does delirium increase hospital stay? *Journal of American Geriatric Society*, 51(11), 1539-1546.

Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M. D. (2005). Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(1), 79-90.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). INFO-MED-ECHO. *Bulletin d'information sur l'hospitalisation pour soins de courte durée au Québec* (Bulletin 14). Repéré à <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=v2iBZs3jU+Q=>

Registered Nurses' Association of Ontario. (2010). *Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression*. Repéré à http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Caregiving_Strategies_for_Older_Adults_with_Delirium_Dementia_and_Depression.pdf4.

Rolfson, D. (2002). The causes of delirium. Dans J. Lindesay, K. Rockwood et A. Macdonald (Dir.), *Delirium in old age*. (pp.101-122). Oxford : Oxford University Press.

Ropper, A. H. & Brown, R. H. (2005). *Adams and Victor's Principles of Neurology*. New York : Toronto McGraw-Hill Medical Pub. Division.

Van Rompaey, B., Schuurmans, M. J., Shortridge-Baggett, L. M., Truijien, S. & Bossaert, L. (2008). Risk factors for intensive care delirium: a systematic review. *Intensive et Critical Care Nursing*, 24(2), 98-107. doi:10.1016/j.iccn.2007.08.005

Voyer, P. (2014). R.A.D.A.R. *Repérage actif du délirium adapté à la routine*. Repéré à <http://www.fsi.ulaval.ca/radar/>.



POUPÉES BÉBÉ DISPONIBLES

Pour l'approche de la thérapie de la poupée

Pour information
Louisevendette@hotmail.ca

L'enseignement et le counseling avec les personnes âgées : des mots pour dire ce qui rend malade et en gérer les conséquences

Par Laurence Guillaumie, M. Éd., Ph. D.
et Dominique Beaulieu, Inf., Ph. D.

Beaucoup d'auteurs ont abordé l'enseignement et le counseling auprès des personnes âgées (Bastable, Gramet, Jacobs & Sopczyk, 2014). Le but n'est donc pas d'ajouter à cette littérature impressionnante. Ce texte résulte d'une discussion spontanée entre collègues et infirmières, dont certaines travaillent en gériatrie, au cours de laquelle a été soulevée la difficulté de réaliser de l'enseignement et du counseling à travers tous les autres soins, en particulier auprès de la clientèle âgée. Ce texte présente une synthèse de notions déjà bien connues. S'il parvient à faire éclore de l'enthousiasme et des idées nouvelles chez ceux et celles qui interviennent auprès de cette clientèle, alors il aura atteint son but.

Les spécificités des personnes âgées

Le Québec est appelé à relever des défis considérables autour de la prise en charge des personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Actuellement, ce sont 75 % des québécois âgés de 65 ans et plus qui vivent avec au moins une maladie chronique et 50 % qui vivent avec au moins deux maladies chroniques, lorsque sont considérées seulement les maladies métaboliques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle ou l'insuffisance cardiaque, les maladies musculo-squelettiques comme l'arthrite ou l'ostéoporose et les maladies respiratoires comme l'asthme ou les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) (MSSS, 2012). Les maladies chroniques peuvent se caractériser par des symptômes pénibles, un fonctionnement physique compromis, des sentiments d'impuissance et de désespoir, et des difficultés dans ses activités quotidiennes et sociales (Yu, Lee, Kwong, Thompson & Woo, 2008). Les personnes âgées sont aussi particulièrement touchées par la comorbidité qui augmente fortement avec l'âge et qui implique

non seulement de la polymédication, mais aussi une augmentation du risque iatrogénique (Legrain, Bonnet-Zamponi & Saint-Gaudens, 2014). Cette énumération ne serait pas complète sans mentionner que les personnes âgées peuvent aussi cumuler des incapacités liées à des pertes de vision, d'audition, de mobilité, ainsi qu'à des troubles cognitifs qui concernent un tiers des personnes de 85 ans et plus (Lefebvre, 2003). En conséquence, les personnes âgées peuvent se sentir vulnérables, inquiètes ou en perte de contrôle de leur vie et ce ressenti s'amplifie en présence de troubles cognitifs et d'handicaps sensoriels (Bridges, Flatley & Meyer, 2010).

C'est dans ce contexte que des initiatives d'enseignement et de counseling leur sont proposées de même qu'à leurs proches afin qu'ils puissent donner un sens à l'expérience de la maladie, accepter le pronostic et apprendre à vivre de façon optimale avec leur situation de santé. Ces interventions visent autant à soutenir l'autonomie des personnes dans le contrôle de la maladie qu'à promouvoir une adaptation réussie sur les plans physique, psychologique et social (Miller, Bakas & Buelow, 2014; Goeman, Jenkins, Crane, Paul, & Douglass, 2013; Metzelthin, Daniëls, van Rossum, Cox, Habets, de Witte & al. 2013). Il a été démontré que l'enseignement et le counseling, qu'on appelle aussi globalement le soutien à l'autogestion ou l'habilitation des personnes à la prise en charge de leur situation de santé, permettent d'améliorer les résultats de santé des personnes âgées, de réduire les hospitalisations, d'optimiser l'utilisation des services de santé et de diminuer les coûts (Legrain & al., 2014; Lynch, Estes & Hernandez, 2005; Sommers, Marton, Barbaccia & Randolph, 2000; Morgan, Zamora & Hindmarsh, 2007).

Les spécificités de l'enseignement et du counseling

De façon générale, l'enseignement désigne le processus par lequel des infirmières facilitent l'apprentissage de pratiques et de compétences qui pourront être incorporées dans la vie quotidienne, et qui permettront d'atteindre des objectifs de santé optimale et d'indépendance dans les soins (Bastable & al., 2014). Le counseling, quant à lui, désigne le processus par lequel les infirmières soutiennent la personne dans une réflexion sur sa situation de santé, ses objectifs et ses ressources,

et le cas échéant, dans l'identification de stratégies pour surmonter des défis auxquels elle pourrait être confrontée (Hagan, 2014). Si l'enseignement et le counseling poursuivent globalement le même objectif, l'enseignement est une stratégie essentiellement centrée sur l'acquisition de connaissances et de compétences, tandis que le counseling suscite surtout la réflexion et l'autodétermination de la personne quant à ses choix en matière de santé (Tableau 1).

Tableau 1

Les spécificités de l'enseignement et du counseling

	Enseignement	Counseling
Contexte d'application	Si des connaissances et habiletés sont à acquérir	Si des motivations, des ressources et des stratégies pour surmonter des défis sont à explorer
Cible de l'intervention	Les connaissances et les habiletés	Le pouvoir d'agir
Choix des objectifs de l'entrevue	Plus souvent établis par l'infirmière à partir de la situation de santé	Plus souvent établis par la personne à partir de son vécu et de ses besoins
Plan d'intervention	Plan d'intervention utilisé pour s'assurer que les éléments nécessaires à l'atteinte des objectifs ont été abordés	Pas de plan, mais l'infirmière structure l'entrevue de façon à optimiser le cheminement de la personne aînée
Répartition de la parole	Surtout l'infirmière qui parle. Son discours est biomédical, le style d'entretien peut être directif, même si le style collaboratif est privilégié	Surtout la personne aînée qui parle. Une parole de la personne sur son vécu est attendue et le style d'entretien est nécessairement collaboratif, fondé sur de bonnes capacités d'écoute

Si l'enseignement et le counseling ont toujours fait partie du rôle des infirmières, l'augmentation des maladies chroniques chez les personnes âgées a apporté un nouvel éclairage sur ces pratiques. L'enseignement et le counseling peuvent être utilisés tant pour prévenir l'apparition de problèmes

de santé que pour promouvoir la santé une fois la maladie déclarée. Dans une logique de prévention primaire, l'enseignement et le counseling font partie des pratiques cliniques préventives, c'est-à-dire qui visent à repérer les personnes à risque de développer une maladie chronique et à les

accompagner (MSSS, 2012; Provost, Pakenham & Moreault, 2007). Ceci dit, l'enseignement et le counseling font également partie des pratiques visant l'habilitation des personnes à prendre en charge leur situation de santé lorsqu'un diagnostic de maladie a été posé. Plusieurs rapports récents s'adressant à tous les paliers du système de santé ont rappelé la nécessité d'offrir, de façon systématique, un soutien aux personnes atteintes de maladies chroniques dans la mise en œuvre des recommandations de traitement et des changements d'habitudes de vie (MSSS, 2012; Conseil canadien de la santé, 2012).

L'enseignement et le counseling peuvent aller du simple apprentissage de gestes techniques jusqu'à des programmes structurés d'accompagnement, sur plusieurs années, par des équipes pluridisciplinaires. Ces interventions sont offertes par des infirmières dans les centres de santé primaires comme les centres locaux de services sociaux (CLSC), les groupes de médecine familiale (GMF), à domicile, dans les milieux hospitaliers ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée pour personnes âgées. Ces interventions sont le plus souvent offertes en face à face, mais elles peuvent aussi être réalisées par téléphone pour rejoindre les personnes âgées qui pourraient rencontrer des difficultés pour se déplacer et augmenter la fréquence des entretiens de suivi. Elles peuvent également être réalisées en petit groupe afin d'offrir des opportunités de partage d'idées, d'émotions et de soutien social.

Les attentes des personnes âgées en matière d'enseignement et de counseling

Occasionnellement, la question est posée afin de savoir si les personnes âgées ont le désir d'en apprendre plus et de participer, selon leurs moyens, à la prise en charge optimale de leur situation de santé. Selon la recension des écrits, il ressort que les personnes âgées souhaitent être impliquées dans les soins et accompagnées de façon à maximiser leur potentiel (Baestiaens, Van Royen, Pavlic, Raposo & Baker, 2007). Cela ne signifie pas toujours une participation active dans les décisions, mais il reste que des interventions fondées sur une relation humaine, reconnaissant leurs besoins et leurs visions des choses, sont au cœur des attentes des personnes âgées (Baestiaens & al., 2007). Celles-ci peuvent également rapporter recevoir des soins de qualité sur le plan technique, mais moins sur le plan relationnel (Bridges, Flatley & Meyer, 2010). Elles

souhaitent établir un lien authentique avec les soignants, être reconnues en tant que personnes et être impliquées dans les soins et dans les décisions (Bridges & al., 2010). Elles sont aussi conscientes que l'accompagnement qu'elles reçoivent dans la prise en charge de leur situation de santé dépend de la pertinence de cet accompagnement en regard de leur problématique de santé, des handicaps sensoriels ou cognitifs présentés et aussi de la volonté des soignants d'offrir ce service (Bynum, Barre, Reed & Passow, 2014).

Les défis des infirmières pour offrir de l'enseignement et du counseling

Les initiatives mises en place ne doivent pas occulter les difficultés associées à l'offre d'enseignement et de counseling. Si les infirmières rapportent que la qualité des soins aux personnes âgées nécessite une approche holistique, individualisée et centrée sur le soutien à l'autonomie, elles constatent aussi que les soins offerts rencontrent souvent ces caractéristiques de façon limitée, en particulier dans les services qui n'ont pas pour spécialité la clientèle âgée (Murphy, 2007; Higgins, Der Riet, Slater & Peek, 2007; Barba, Hu, & Efid, 2012). Que ce soit pour les infirmières travaillant dans les services de santé primaire ou en milieu hospitalier, le temps disponible par rapport à la charge de travail constitue le principal défi à l'offre d'enseignement et de counseling, et plus généralement à l'offre de soins centrés sur les besoins de la personne (Murphy, 2007; Jones, Berney, Kelly, Doyal, Griffiths & al., 2004; Jansink, Braspenning, van der Weijden, Elwyn & Grol, 2010). Les autres défis invoqués sont le manque de personnel, de motivation de l'équipe soignante, de soutien de la part des gestionnaires, de formation sur le counseling, ainsi que le manque de reconnaissance et d'intégration de ces pratiques dans la routine (Murphy, 2007; Jansink & al., 2010).

L'indispensable relation de confiance et de partenariat

La relation de confiance et de partenariat, qu'on appelle aussi l'alliance thérapeutique, est l'élément fondamental commun à l'enseignement et au counseling. Il s'agit d'une relation d'engagement et de reconnaissance réciproque de l'infirmière et de la personne âgée autour d'un objectif commun. Au moment de l'initiation de la relation,

l'infirmière et la personne ont besoin mutuellement d'un moment pour se connaître et saisir la façon de se comporter l'une envers l'autre. Les personnes craignent d'être jugées, d'être traitées en inférieures, de ne pas être écoutées, et elles peuvent aussi douter de la sincérité des infirmières (Miller & Rollnick, 2013). Dans ce contexte, la relation de confiance va s'établir peu à peu et elle les amènera à travailler ensemble pour faire face à différentes situations. Certaines attitudes de l'infirmière vont favoriser l'établissement de cette relation et auront un impact considérable sur tout le processus d'enseignement et de counseling. Ces attitudes ont fait l'objet de descriptions nombreuses. Elles peuvent se résumer aux quatre principes fondamentaux mentionnés par Miller et Rollnick (2013) soit le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation.

Le partenariat se définit par une collaboration active entre deux experts et non d'un expert envers une personne âgée passive qui ne fait qu'écouter. La personne âgée recevant des soins est reconnue comme l'expert de sa propre vie et un partenaire incontournable des soins. Le non-jugement renvoie à l'accueil sans réserve de ce que le client apporte, au nom de la reconnaissance de sa dignité inconditionnelle, de son potentiel, de son droit de faire ses choix, et de la reconnaissance que l'effort d'empathie et d'ouverture revient d'abord à l'infirmière. L'altruisme, le troisième principe, désigne l'intention sincère de l'infirmière de promouvoir le bien-être de la personne âgée et de donner la priorité à ses besoins. Finalement, le principe d'évocation renvoie à la primauté accordée à l'expression, à la valorisation et à la coconstruction d'un projet à partir des visions, des forces, et des ressources de la personne âgée.

Cette relation de confiance et de partenariat n'est pas acquise une fois pour toutes. Elle peut être à recréer ou à réparer. Lorsque la personne âgée manifeste des tensions ou des insatisfactions, il importe de s'enquérir de son point de vue et d'en discuter afin de désamorcer la situation. Si la qualité de la relation établie peut aider à l'atteinte des résultats de santé souhaités, elle est avant tout la garantie d'une offre de soins humains et d'une pratique professionnelle stimulante au quotidien.

Les concepts fondamentaux de l'enseignement

Dans la pratique infirmière, il est d'usage de parler d'enseignement aux patients. Toutefois, il est courant de retrouver dans les publications d'autres appellations, comme l'éducation des patients ou l'éducation pour la santé (Hagan, 2014). Elles sont utilisées ici de façon interchangeable. Les enseignements consistent en des activités d'apprentissage visant à ce qu'une personne âgée perçoive les avantages de suivre les recommandations de santé, sur lesquelles elle s'est mise d'accord avec l'équipe de soins, et qu'elle se sente capable de les adopter et de faire face aux difficultés qu'elle pourrait rencontrer.

L'efficacité d'un enseignement est, en premier lieu, influencée par l'adéquation de son contenu aux besoins de la personne. Dans les contextes où des compétences multiples sont à acquérir, les infirmières planifient méthodiquement le contenu de leurs enseignements en trois temps. Tout d'abord, les résultats de santé souhaités sont établis conjointement avec la personne âgée, de façon plus ou moins précise selon le cas. Ensuite, les compétences ou les pratiques à mettre en place par la personne âgée sont également précisées avec elle, à l'oral et par écrit. Elles sont généralement rédigées en termes de comportements à réaliser (Tableau 2). Finalement, l'infirmière guide l'entrevue de façon à aborder le savoir, le savoir-faire et le savoir-être nécessaires à la réalisation de chacune de ces compétences ou pratiques à mettre en place. Une infirmière moins expérimentée aura souvent à sa disposition une grille présentant le savoir, le savoir-faire, et le savoir-être requis pour chaque compétence, prenant en compte la capacité cognitive des personnes âgées et indiquant les outils d'enseignement à utiliser.

Tableau 2

Exemples de compétences ciblées par les enseignements

Que la personne aînée soit capable :

- 1) d'expliquer ses problèmes de santé, leurs répercussions et les traitements;
- 2) de communiquer ses besoins aux soignants et à ses proches;
- 3) d'identifier des signes d'alerte et les situations qui risquent de déstabiliser sa santé;
- 4) de mettre en œuvre la conduite appropriée à tenir face à ces signes et situations pour éviter une hospitalisation en urgence;
- 5) d'organiser la prise des médicaments et des automesures pour éviter les oublis;
- 6) de pratiquer des gestes et techniques de soins;
- 7) de résoudre des problèmes thérapeutiques au quotidien;
- 8) de recourir aux ressources appropriées du système de soins au moment opportun.

Selon l'Haute autorité de santé, (2007)

L'efficacité d'un enseignement est, en second lieu, influencée par la qualité de la communication. Cet aspect est particulièrement important dans le contexte où 90,5 % des adultes de 65 ans et plus présentent de grandes difficultés de lecture et peuvent lire uniquement un texte écrit dans un langage simple (Institut de la statistique du Québec, 2006). La qualité de la communication est aussi très importante, dans un contexte où les problèmes sur le plan visuel, auditif et cognitif sont fréquents. Les caractéristiques

d'une communication efficace sont présentées dans le Tableau 3. Il est à noter qu'en plus des outils imprimés, d'autres outils issus de l'évolution des technologies de l'information sont progressivement utilisés dans les enseignements, comme les sites d'information sur internet, les vidéos disponibles en ligne qui reprennent les explications vues en consultation, l'enregistrement des explications fournies en consultation à l'aide du téléphone cellulaire ou encore, l'utilisation des applications compatibles avec les téléphones intelligents ou les tablettes électroniques pour faciliter le suivi des automesures.

Tableau 3

Caractéristiques d'une communication efficace

- annoncer dès le départ la structure logique de l'enseignement, c'est-à-dire les éléments qui seront abordés, puis les présenter, un à la fois;
- utiliser des termes de la vie courante plutôt que du jargon médical, expliquer les termes nouveaux et utiliser constamment la même terminologie;
- parler lentement et clairement, faire des phrases courtes et donner des informations en petites quantités, 2 ou 3 phrases à la fois;
- minimiser les distractions, faire de courtes sessions d'enseignement, adapter la quantité d'informations communiquées à la durée de la rencontre;
- centrer les messages sur les éléments essentiels à retenir et les répéter, simplifier et réduire au maximum la quantité d'informations dont la personne aînée devra se souvenir;
- utiliser, en complément aux explications verbales, des schémas et des aide-mémoire adaptés, par exemple en utilisant de grosses lettres noires sur fond blanc et en présentant les messages essentiels;
- s'assurer que le message est compris en invitant la personne aînée à expliquer dans ses mots ce qu'elle retient de la rencontre, ce qu'elle compte faire dans des situations que vous pourriez lui suggérer, et l'inviter à reproduire devant vous une technique enseignée.

Adapté de Hagan, 2014

Les concepts fondamentaux du counseling

Toute approche de counseling est fondée sur deux constats très simples. Le premier établit que la parole, c'est-à-dire cet acte de trouver des mots pour parler de son expérience intérieure, a des effets. Ce qui a été énoncé ne peut être ignoré. Le deuxième constat confirme que les effets de cette parole ne peuvent pas, la plupart du temps, être obtenus par la personne seule et qu'un accompagnement par une infirmière est nécessaire pour obtenir ces effets. Dans ce contexte, le counseling désigne un ensemble de pratiques qui ne visent pas à fournir de l'information, même si cela peut être présent. Il ne vise pas non plus à provoquer des émotions décisives, à fournir des solutions toutes prêtes ou à confronter la personne aînée à la réalité. Le counseling est un ensemble de pratiques qui invitent et soutiennent une personne aînée à mettre des mots, tant sur son vécu relatif à sa situation de santé que sur les stratégies pour gérer les conséquences de cette situation de santé. À titre d'exemple, une personne aînée aux prises avec une dépendance au tabac aurait moins besoin d'un enseignement sur les conséquences

du tabagisme sur la santé que d'une tribune pour clarifier son vécu, ses besoins, ses souhaits et les stratégies qu'elle pourrait utiliser pour les réaliser. Des périodes d'enseignement peuvent s'y insérer, par exemple, la présentation des stratégies les plus prometteuses pour la cessation tabagique, mais elles ne sont pas au cœur de la démarche de counseling.

L'une des approches du counseling recommandées dans plusieurs rapports des services de santé et des services sociaux est l'entretien motivationnel (MSSS, 2012; Conseil canadien de la santé, 2012). Selon cette approche (Miller & Rollnick, 2013), cinq principales habiletés sont nécessaires au counseling.

- La première consiste à poser presque systématiquement des questions ouvertes, à toutes les phases de l'entretien, afin d'inviter la personne aînée à réfléchir et à élaborer sur son vécu. Les questions fermées sont à éviter, car

elles suscitent des réponses courtes et factuelles.

- La deuxième habileté consiste à valoriser la personne aînée. Le fait de reconnaître explicitement ses forces, ses bonnes intentions, ses efforts, son potentiel à faire des choix et à mettre en place des changements stimulent la réflexion de la personne aînée et le sentiment d'être appuyée dans ses démarches.
- La troisième représente l'écoute active, c'est-à-dire la reformulation des propos à l'aide de reflets simples et complexes. L'écoute active constitue une compétence fondamentale du counseling. La reformulation des propos de la personne a pour fonctions essentielles de lui faire réentendre ses paroles avec les mêmes mots ou des mots différents et de l'inviter à y réagir et à poursuivre sa réflexion ou à l'approfondir. Pour formuler des reflets, l'infirmière doit décoder le sens que la personne aînée donne à ses propos et, par la reformulation qu'elle lui propose, l'aider à être plus consciente de son expérience.
- La quatrième habileté est la formulation de résumés qui servent à recueillir ce que la personne aînée a dit et à lui présenter de manière condensée, en une fois. Le résumé est un bilan qui sert soit à inviter la personne aînée à compléter ses arguments, soit à faire une transition pour poser une nouvelle question ou aborder un sujet nouveau.
- La cinquième habileté est parfois décrite comme : demander – fournir – demander. Elle détermine la façon d'offrir de l'information. Cette habileté est mise en œuvre en trois étapes : la première consiste à demander d'abord à la personne aînée ce qu'elle sait déjà sur un sujet donné et si elle souhaite en savoir plus. Si elle manifeste un intérêt à être informée davantage, la deuxième étape consistera à offrir cette information. La troisième étape s'efforcera à rendre la parole à la personne aînée en lui demandant ce qu'elle en pense ou ce que cela évoque pour elle.

Selon l'approche de l'entretien motivationnel, la rencontre se déroule en quatre phases séquentielles.

- La phase d'engagement est l'étape de la rencontre où les deux parties établissent le contact et une relation de travail.
- La phase de focalisation est l'étape où se détermine l'ordre du jour de la rencontre et qui tracera la direction à la conversation. Selon le cas, cet ordre du jour peut être très clair dès le début de la rencontre ou, au contraire, nécessiter un processus de discussion plus long pour le clarifier.
- La phase de l'évocation est ensuite l'étape qui consiste à permettre à la personne aînée de faire émerger ses propres motivations, expériences, visions des choses, contradictions, conflits, difficultés, etc., relativement au thème de l'entretien.
- Finalement, la phase de la planification est l'étape qui consiste, lorsque la personne aînée y est prête, à inviter celle-ci à explorer ce qu'elle serait prête à changer et comment elle pourrait s'y prendre concrètement.

Conclusion

L'enseignement et le counseling sont réalisables avec les personnes aînées, y compris chez les sujets très âgés et fragilisés. Ces interventions ont démontré leur efficacité pour améliorer la santé, prévenir les complications et limiter les dépenses de santé (Voyer, 2013). Dans les cas où, comme dans les interventions courtes, ces interventions pourraient ne pas présenter d'avantages économiques significatifs, elles permettent toutefois des améliorations de l'expérience de santé et de la satisfaction des personnes aînées pour les soins reçus, en plus d'offrir aux infirmières une plus grande satisfaction en regard du travail accompli.

L'enseignement et le counseling sont deux approches complémentaires qui visent à accompagner les personnes aînées afin qu'elles trouvent un mode de gestion de conséquences de la maladie dans leur vie quotidienne, et qu'elles découvrent certaines satisfactions à mettre en place des changements dans leurs habitudes de vie. Les infirmières peuvent passer de l'une à l'autre, au cours d'une même entrevue, en fonction des besoins. L'enseignement consiste plus particulièrement à ce que l'infirmière offre

des moyens à la personne aînée pour mieux gérer la maladie. Le counseling, quant à lui, se caractérise par le fait que la personne aînée est invitée à trouver des mots pour parler de ce qui la détruit de l'intérieur et des façons d'en gérer les conséquences. Il est pertinent de se questionner sur la place actuellement accordée à ces pratiques dans l'organisation des soins et au soutien offert

aux infirmières pour les proposer aux personnes aînées et à leurs proches. Considérant que l'enseignement et le counseling ne pourraient pas être offerts à l'ensemble de la population âgée, il serait aussi bénéfique d'identifier précisément les sous-groupes de clientèle qui pourraient particulièrement profiter de ce type d'intervention.

Les auteures



Laurence Guillaumie

M. Ed., Ph. D.

Laurence Guillaumie est détentrice d'une maîtrise en éducation, d'un Doctorat en éducation et santé communautaire et d'un postdoctorat en psychologie sociale et éducation pour la santé. Elle est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval (Laurence.Guillaumie@fsi.ulaval.ca)



Dominique Beaulieu

Inf., Ph. D.

Dominique Beaulieu est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec de Rimouski - Campus de Lévis (Dominique_Beaulieu@uqar.ca). L'une de leurs missions consiste à offrir un soutien méthodologique à chaque infirmière ou à chaque équipe de soins qui souhaite amorcer une réflexion sur les pratiques d'enseignement et de counseling. N'hésitez pas à les contacter!

RÉFÉRENCES

Barba, B. E., Hu, J. & Efirid, J. (2012). Quality geriatric care as perceived by nurses in long-term and acute care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), 833-840.

Bastable, S., Gramet, P., Jacobs, K. & Sopczyk, D. (2014). *Nurses as Educator: Principles of Teaching and Learning*. 4e ed. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.

Bastiaens, H., Van Royen, P., Pavlic, D. R., Raposo, V. & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 33-42.

Bridges, J., Flatley, M. & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89-107.

Bynum, J. P. W., Barre, L., Reed, C. & Passow, H. (2014). Participation of Very Old Adults in Health Care Decisions. *Medical Decision Making*, 34(2), 216-230.

Conseil canadien de la santé. (2012). *Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : Point de mire sur les soins de santé primaires*. Ottawa : Conseil canadien de la santé.

- Goeman, D., Jenkins, C., Crane, M., Paul, E. & Douglass, J. (2013). Educational intervention for older people with asthma: a randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 586-95.
- Hagan L. (2014). *Éduquer à la santé. L'essentiel de la théorie et des méthodes*. 2e éd. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Haute autorité de santé. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*. Guide de méthodologie. Saint-Denis La Plaine : HAS.
- Higgins, I., Der Riet, P. V., Slater, L. & Peek, C. (2007). The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting : a qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse*, 26(2), 225-237.
- Institut de la statistique du Québec. (2006). *Développer nos compétences en littératie : un défi porteur d'avenir. Rapport québécois de l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes (EIACA) 2003*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Jansink, R., Braspenning, J., van der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care : a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11, 41.
- Jones, I. R., Berney, L., Kelly, M., Doyal, L., Griffiths, C., Feder, G. & al. (2004). Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 59(1), 93-102.
- Legrain, S., Bonnet-Zamponi, D. & Saint-Gaudens, P. (2014). La place de l'ETP dans la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé polyopathologique. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 6(4), 177-186.
- Lefebvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus : Institut national de santé publique du Québec*.
- Lindhardt, T., Hallberg, I. R. & Poulsen, I. (2008). Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5), 668-681.
- Lynch, M., Estes, C. L. & Hernandez, M. (2005). Chronic Care Initiatives for the Elderly: Can They Bridge the Gerontology-Medicine Gap? *Journal of Applied Gerontology*, April 1, 24(2), 108-124.
- Metzelthin, S. F., Daniëls, R., van Rossum, E., Cox, K., Habets, H., de Witte, L. P. & al. (2013). A nurse-led interdisciplinary primary care approach to prevent disability among community-dwelling frail older people: a large-scale process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1184-1196.
- Miller, W. R., Bakas, T. & Buelow, J. M. (2014). Problems, needs, and useful strategies in older adults self-managing epilepsy: Implications for patient education and future intervention programs. *Epilepsy & Behavior*, 31(0), 25-30.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2013). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement*. 2e éd : InterEditions.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques en première ligne*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Morgan, M. W., Zamora, N. E. & Hindmarsh, M. F. (2007). An inconvenient truth: a sustainable healthcare system requires chronic disease prevention and management transformation. *Healthcare Papers*, 7(4), 6-23.
- Murphy, K. (2007). A qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 477-85.
- Provost, M.-H., Cardinal, L., Pineau, R. & Moreault, L. (2007). *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature*. Québec : Ministère de la Santé et Services sociaux.
- Sommers, L. S., Marton, K. I., Barbaccia, J. C. & Randolph, J. (2000). Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 160(12), 1825-33.
- Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*. 2e éd : Édition du Renouveau Pédagogique Inc.
- Yu, D. S. F., Lee, D. T. F., Kwong, A. N. T., Thompson, D. R. & Woo, J. (2008). Living with chronic heart failure: a review of qualitative studies of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 474-83.

Travailler avec les personnes âgées dans un centre de jour : une expérience enrichissante

Liliana Martinez, Inf.

Travailler dans un centre de jour est une expérience unique et précieuse. Rencontrer des personnes en perte d'autonomie, habitant le domicile, demande une grande étendue de connaissances en soins infirmiers. Les problèmes sont multiples pour cette clientèle.

Le présent article décrit la vie journalière dans un centre de jour, la clientèle qui le fréquente de même que les professionnels qui y sont employés. Le travail de l'infirmière y est décrit. Le tout se déroule au centre de jour de la Résidence Angelica¹ considéré comme un centre de jour pour les personnes de soixante-cinq ans et plus. On y accepte aussi des personnes plus jeunes qui présentent un profil gériatrique.

Le centre de jour

Un centre de jour est reconnu comme étant :

« une ressource qui offre à une clientèle inscrite et qui présente une perte d'autonomie pouvant entraver son maintien à domicile, des programmes et des activités de jour de nature préventive, thérapeutique ou de réadaptation » (MSSS, 1986).

La clientèle du centre de jour est constituée de personnes vivant avec de multiples problèmes de santé comme le diabète, l'hypertension artérielle (HTA), une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la sclérose en plaques (SEP), etc. Elles sont toujours référées par le CLSC de Montréal Nord. Fréquenter le centre de jour leur offre la possibilité de demeurer à domicile le plus longtemps possible. Pour les proches aidants, cette fréquentation d'un centre de jour procure du répit dans la journée, évite l'épuisement et ainsi, facilite la prise en charge de l'être cher affecté par la maladie. De plus, le centre de jour de la Résidence Angelica permet à l'utilisateur d'avoir des réponses rapides à ses questions. Toute l'équipe multidisciplinaire peut répondre rapidement à ses demandes ou le diriger au besoin vers d'autres ressources.

Composition de l'équipe

L'équipe du centre de jour de la Résidence Angelica est composée de plusieurs professionnels tels que : récréologue, technicien en loisirs, éducateur thérapeute en réadaptation physique, travailleuse sociale, préposés aux bénéficiaires, conductrice d'autobus, agente administrative et infirmière. Toute cette équipe est dirigée et supportée par leur chef de service qui est travailleuse sociale.

Activités offertes au centre de jour

Diverses activités sont offertes à la clientèle regroupée selon leur capacité physique, cognitive et leurs intérêts. Ces activités permettent à tous de se maintenir en forme, de conserver leur autonomie et de vivre des moments agréables. En voici la description :

- Activités musicales : chaque jeudi, une chanteuse est invitée. Accompagnée au piano, elle fait chanter et danser les usagers.
- Activités thématiques et Fêtes : ces activités sont teintées du moment et de la saison comme : la St-Valentin, Pâques, le Carnaval, la Saint-Jean Baptiste et la Fête de Noël. Elles se déroulent souvent avec les proches qui sont invités à partager ces bons moments avec les personnes et les membres de l'équipe.
- Artisanat : cette activité permet aux personnes de développer leur créativité, leur dextérité et de démontrer leur savoir-faire.
- Bingo : cette activité, très connue, est toujours très aimée et a lieu une fois par mois.
- Conférences : ces moments d'information et d'échanges sont organisés autour de thèmes précis et des services possibles à obtenir.

- **Activité de cuisine :** cette activité valorisante est aussi source de réminiscence. Elle permet aux personnes de préparer des plats saisonniers tels que des tourtières, en temps de Noël, ou des brochettes de fruits en été.
- **Exercices physiques, relaxation et gymnastique douce :** le Tai Chi, la piscine, les quilles et les jeux de poche sont des activités physiques permettant de faire bouger les personnes tout en s'amusant.
- **Prévention des chutes :** la thérapeute en réadaptation physique fait régulièrement de l'enseignement sur la prévention des chutes, elle enseigne des techniques pour maintenir un bel équilibre et pour conserver un bon tonus musculaire.
- **Groupe Parkinson :** les personnes aux prises avec cette maladie ont l'occasion de se rencontrer une fois par semaine. Cette activité permet de partager différentes expériences vécues et de faire des exercices leur permettant de conserver leur capacité, leur mobilité et leur autonomie.
- **Capsules santé :** cette activité est offerte par l'infirmière. Cette dernière donne de la formation sur divers sujets d'intérêt, comme, par exemple, le diabète, l'HTA, les MPOC et la SEP. Ces capsules santé incluent un volet préventif qui permettra aux personnes de mieux comprendre leurs problèmes de santé et de faire un meilleur suivi de ceux-ci.
- **Groupe info social :** ayant lieu une fois par semaine, cette rencontre se fait entre la travailleuse sociale et les personnes appartenant à ce groupe. La travailleuse sociale leur présente alors des sujets qui leur sont d'un intérêt commun.
- **Activités sociales et récréatives :** ces diverses sorties offertes aux personnes autonomes se font régulièrement et sont souvent associées aux activités saisonnières telles que l'été, des croisières; au printemps, la cabane à sucre; à l'automne, la cueillette des pommes; et l'hiver, une visite des lumières de Noël au centre-ville. Il y a également des sorties au restaurant le midi. Toutes ces activités sociales et récréatives sont offertes dans le but de briser la monotonie, de faire vivre de nouvelles expériences, tout en socialisant.

Surveillance de la santé

Le centre de jour de la Résidence Angelica offre les services d'une infirmière qui prodigue des soins personnalisés, car la clientèle est principalement de santé fragile. Elle travaille en étroite collaboration avec les proches, les gestionnaires du CLSC, les pharmaciens et même parfois, avec les médecins. Pour bien accompagner les personnes, elle doit être capable de s'adapter, avoir de l'initiative, un bon sens de l'observation, un bon jugement clinique et être à l'écoute des besoins des personnes. L'infirmière doit posséder les compétences et les connaissances pertinentes afin de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle, étant donné qu'elle est, dans ce milieu, la seule référence clinique de l'ensemble des soins de la santé et du bien-être des personnes.

Journée type de l'infirmière au centre de jour

La journée débute par une réunion d'équipe qui se tient vers 8 h 30 le matin. Elle permet de revoir la planification des activités de la journée et d'apporter, au besoin, des modifications à la programmation, en raison de l'absence soit d'un intervenant ou de celle d'une personne utilisant leurs services. Il se peut qu'à ce moment, l'infirmière remplace l'intervenant manquant, afin de ne pas déstabiliser la clientèle habituée à certaines activités.

Les personnes arrivent vers 9 h 00. Tous les intervenants, accueillants et souriants, sont présents au vestiaire. Il est primordial que la clientèle se sente toujours la bienvenue. Cette simple activité permet à l'infirmière d'exercer pleinement sa fonction, car la clientèle n'a pas toujours la capacité d'exprimer ses malaises ou ses besoins. Pendant qu'elle aide une personne à enlever une veste ou bien qu'elle les accompagne à la salle à café, elle fait une évaluation sommaire de chacun. Semble-t-il souffrir à la mobilisation? Respire-t-il bien? Est-il bien coloré? A-t-il des propos cohérents? Est-il triste? Est-il habillé correctement? Est-ce que son hygiène est adéquate? Si un problème est présent, l'infirmière rencontre la personne dans son bureau pour lui apporter l'aide nécessaire. Par la suite, un suivi est fait en collaboration avec son intervenant du centre de jour, son gestionnaire du CLSC de Montréal Nord, ses proches ou son médecin.

À l'heure du dîner, l'infirmière s'occupe de la distribution de la médication, aide au service du

repas et à la surveillance des personnes. Être sur place lui permet d'avoir un regard sur les habitudes alimentaires de chacun et leurs besoins spécifiques, ainsi que de pouvoir détecter des problèmes de dysphagie ou autres.

Importance de la présence de l'infirmière

La clientèle est informée de la présence de l'infirmière. Son bureau est toujours ouvert pour des consultations, au besoin, comme pour un contrôle de la tension artérielle et du poids. Elle peut également répondre aux nombreuses demandes reliées aux médicaments ou donner les premiers soins en cas de chute ou de malaises soudains. Les personnes consultent régulièrement l'infirmière pour lui demander des conseils à propos de leur santé, et leurs médicaments. L'infirmière doit répondre aux questions et préoccupations des usagers afin de les rassurer sur l'état de leur santé. Aussi, elle fait des cliniques de prévention, visant l'HTA, le diabète, et le contrôle de la glycémie.

L'exemple suivant illustre bien le travail que peut réaliser l'infirmière dans un centre de jour.

Un matin, à l'arrivée, madame X dit ne pas se sentir bien, d'être étourdie. L'infirmière l'amène à son bureau pour l'évaluer. Madame X est bien colorée, et se dit non souffrante. Elle est orientée dans les trois sphères et répond bien aux questions. Sa tension artérielle est légèrement basse, son pouls est normal, elle ne fait pas de fièvre et sa glycémie est normale. À l'examen physique, aucune anomalie n'est observée. Elle raconte qu'elle dort mal dernièrement et qu'elle ressent des étourdissements répétitifs. De plus, elle vit seule, ce qui ne la stimule pas à bien s'alimenter, et ce, malgré que sa petite-fille lui apporte des mets préparés chaque fin de semaine. Elle mentionne souvent qu'elle n'a pas d'appétit, et qu'il y a longtemps qu'elle n'a pas vu son médecin. Madame X ne présente aucun signe de danger apparent pour sa santé, mais comme il y a tout de même un problème potentiel de détérioration dû à son manque de sommeil et à une carence alimentaire probable, l'infirmière décide de lui offrir une aide afin de prendre un rendez-vous médical.

L'infirmière communique alors avec le médecin de madame. Suite à l'information donnée, ce dernier exige un bilan sanguin et programme un

rendez-vous médical. La requête est envoyée par télécopieur. Le médecin la retourne, par le même moyen, et permet que la prise de sang soit faite sur le champ au centre de jour. Le service de soins à domicile du CLSC de Montréal-Nord est également avisé. Madame X n'aura pas à se déplacer pour la prise de sang. Elle pourra profiter de sa journée de fréquentation au centre de jour et le suivi de sa santé sera fait de façon plus étroite. Un plan de soins est rédigé. Il comprend un contrôle de poids et la vérification des signes vitaux à chaque semaine pour un mois. Par la suite, ces contrôles seront faits chaque mois. Les proches de Madame X, qui habite la Rive-Sud, sont informés, régulièrement de la démarche et du suivi de santé.

L'infirmière comme intervenante pivot

L'infirmière est l'intervenante pivot pour la clientèle nécessitant majoritairement un suivi clinique. En effet, les personnes qui fréquentent un centre de jour ont besoin, pour la plupart, d'un suivi étroit de leur bilan de santé. Elle participe à l'équipe multidisciplinaire pour la révision des plans d'intervention. Elle tient à jour les fiches de santé de toutes les personnes. Quand il y a un questionnement au niveau des diagnostics reçus du CLSC, elle est la personne ressource pour ses collègues. Elle fait la planification d'activités d'hygiène pour les personnes avec les préposés aux bénéficiaires. Toujours avec un objectif de prévention et d'enseignement, elle donne des séances d'information sur différents thèmes de santé suggérés par la clientèle.

Conclusion

Travailler avec une clientèle habitant à domicile et fréquentant un centre de jour est une expérience riche et remplie de défis. L'infirmière ne doit pas avoir seulement les connaissances professionnelles en soins de santé, mais également la créativité nécessaire afin de démontrer des habiletés, sinon une ouverture aux activités artistiques d'animation. Le sens de l'humour est aussi un prérequis! Tout au long de la journée de travail, elle doit être constamment à l'écoute des personnes. Elle doit avoir un sens de l'observation aiguisé, être vigilante, aux aguets et avoir un bon jugement afin de prévenir toute forme d'accident afin d'assurer le bien-être de la clientèle.



Liliana Martinez

Liliana Martinez est née à San Miguel de Tucuman en Argentine. Elle a fait ses études en soins infirmiers à l'Hôpital Britanico de Buenos Aires en Argentine. Arrivée au Québec en 1988, elle a repris, en français, ses études en soins infirmiers au CÉGEP St-Laurent de Montréal. Elle exerce ses fonctions d'infirmière depuis 1995.

RÉFÉRENCE

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1986). *Le centre de jour : orientations et programmes* (document de travail), Québec, p. 10.

NOTE

1 - Le centre de jour de la Résidence Angelica est situé au 3395, boul. Gouin Est. Il existe depuis 1997.



Mire
Formation Conseil Inc.

581 996-3774
www.mireformation.ca

FORMATIONS AUTOMNE 2015

<p>L'examen clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31 août Saguenay • 23 novembre Sherbrooke • 3 décembre Montréal <p>Notes au dossier (3,5h) / Le PTI (3,5h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 octobre Québec • 4 novembre Ste-Marie <p>SCPD : Prévenir et intervenir (Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 septembre Trois-Rivières • 24 novembre St-Eustache • 8 décembre Montmagny 	<p>Soins en fin de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • 4 juin Laval • 5 octobre Montréal <p>Relation aidante en soins palliatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • 23 septembre Québec • 19 octobre Rivière-du-Loup <p>Soin des plaies</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 juin Québec <p>Dysphagie et alimentation (3,5h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 août Drummondville • 9 décembre Québec
--	--

FORMEZ VOTRE GROUPE ET NOUS NOUS DÉPLACERONS DANS VOTRE CENTRE À LA DATE QUI VOUS CONVIENT

PRIX DES FORMATIONS 125\$ + TAXES (7H) + 30\$ U.E.C. AU BESOIN

Activités de formation continue accréditées, admissibles à l'OIIAQ et l'OIIQ





Denise Destrempe, Inf., B. Sc.

Les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses dans les années à venir. Des préjugés envers elles en raison de leur âge risquent donc d'augmenter. Or, il faut dénoncer ce phénomène appelé âgisme qui existe déjà, même s'il n'est pas encore reconnu comme une discrimination. Il faut s'appliquer à faire valoir le rôle des aînés et à lutter afin que les préjugés à leur égard ne deviennent pas un problème sociétal.

On définit l'âgisme comme un procédé par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge; il s'apparente à celui du racisme et du sexisme (Butler, 1975). Selon cet auteur, l'âgisme se manifeste de plusieurs façons : des attitudes ou des préjugés envers les personnes âgées ou envers le processus du vieillissement, des pratiques discriminatoires visant l'exclusion des aînés et des réalisations institutionnelles et politiques qui perpétuent les stéréotypes sur la base de l'âge. Souvent irrationnel, l'âgisme est souvent causé par un mécanisme de protection contre l'angoisse de la mort en créant un fossé social entre le *nous* et le *eux*.

Ce texte présente le mouvement *Observatoire, Vieillessement et Société (OVS)* dont l'objectif est de dénoncer et de combattre ce préjugé malsain qu'est l'âgisme et de travailler à faire valoir les droits des personnes âgées. Il décrit la naissance du groupe et les activités poursuivies depuis les débuts

Historique de l'organisme

Ce mouvement a été fondé il y a plus de 10 ans par trois personnes : un retraité, un presque retraité et un chercheur en pleine carrière. Ils décidèrent d'un commun accord la création d'un « Observatoire » s'intéressant aux personnes âgées.

De cette idée naissait une structure unique au Québec appelée *Observatoire Vieillessement et Société*, un organisme à but non lucratif, partenaire privilégié de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Mission

Sa mission est de promouvoir le bien vieillir des aînés dans un contexte de lutte contre l'âgisme. Pour atteindre cet objectif, il lui faut exercer une surveillance étroite de toute discrimination qui peut se faire de manière sournoise et être bidirectionnelle.

Une vigie sociale

Depuis ses débuts, l'OVS joue un rôle de vigie sociale dans différents contextes où l'âgisme se manifeste de façon évidente ou insidieuse. Les vigies sont des aînés volontaires dont les compétences s'exercent dans différents domaines d'intérêt pour permettre de réaliser la mission.

C'est grâce à la contribution de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et de ses bénévoles que les résultats ont dépassé les attentes des fondateurs. Après 10 ans d'existence, l'OVS est devenu un organisme reconnu.

Les services

Le fonctionnement quotidien est assuré par un comité consultatif composé de bénévoles. Ces derniers surveillent les tendances sociétales dans les domaines d'intérêt pour les plus âgés, recueillent et synthétisent l'information. Par la suite, cette information, diffusée via un site internet actualisé et par le *Géro-Phare*, envoyé mensuellement aux membres, maintient l'information à jour¹. De plus, l'OVS compte plusieurs milliers de membres réguliers, source de communication avec les aînés du Québec.

À travers les années, l'OVS est devenu une véritable boîte à idées, presque visionnaire. Plusieurs sujets importants pour le mouvement ont été abordés ultérieurement dans les politiques gouvernementales et par d'autres organismes. Son volet recherche valide l'importance de l'âgisme.

Conférences et colloques

Depuis sa fondation, l'OVS a offert au grand public, sans frais d'inscription, soixante-cinq (65) conférences dont les sujets ont varié selon les champs d'intérêt et les besoins d'une clientèle aînée. Près de cent personnes assistent à chacune de ces conférences. Soulignons l'importance que l'OVS apporte à la promotion des droits et des intérêts des personnes âgées par la publication d'un code d'éthique intitulé *Les droits et libertés des personnes âgées*². Ce document a été approuvé et distribué par l'Association des résidences privées du Québec (RQRA). Pour adhérer à un vieillissement actif, il est primordial que les personnes plus âgées participent aux décisions qui les concernent. Pour favoriser cet enjeu, quatre colloques ont regroupé des centaines d'aînés. Ces journées de réflexion ont exploré les thèmes suivants : *l'Âgisme*, la *Retraite* et le *Pouvoir*; la *Perte auditive* et, *Où vivre, formules d'habitation en pleine évolution*.

Des projets de recherche

Dans le contexte sociodémographique d'une société vieillissante, les raisons pour lesquelles l'âgisme est dénoncé ont été mieux définies. Plusieurs projets de recherche ont présenté les évidences et les comportements de société permettant ainsi à l'OVS de se positionner en tant que leader dans ce domaine. Parmi ces projets mentionnons : l'âgisme en CHSLD, l'âgisme dans les médias et au travail, l'âgisme et la maltraitance en résidence, l'enquête sur le profil psychosocial des centenaires, l'échelle des niveaux de soins dans les hôpitaux, l'âgisme dans les manuels scolaires, les immigrants et les échanges intergénérationnels, les aînés vivant à domicile en situation d'incapacité et de qualité de vie diminuée. Ces recherches ont été subventionnées par les gouvernements fédéral et provincial³.

Une présence à l'Assemblée nationale

Conscient de l'importance de faire connaître son action et de s'enrichir au contact d'autres organismes, l'OVS est devenu membre de plusieurs associations poursuivant une mission connexe. Une représentation auprès des instances décisionnelles est également assurée.

À titre d'exemple, l'OVS a déposé à l'Assemblée nationale un premier mémoire sur le projet de loi 52 *Les soins de fin de vie*⁴ et un deuxième à la

Commission de la santé et des services sociaux en réponse à la consultation du livre blanc sur la création d'une assurance autonomie⁵.

La poursuite des objectifs de l'OVS est assurée par l'implication et la qualité du travail de ses bénévoles et de son président directeur général, M. André Davignon, l'un des fondateurs.

L'œuvre de l'OVS a été reconnue publiquement par la remise du Prix Hommage du Conseil des Aînés, en octobre 2009, par l'obtention de la Médaille du Lieutenant-gouverneur, en mai 2010 ainsi que par la Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II, en février 2013.

Il faut, à tout prix, éliminer l'âgisme de notre société. Les intervenants, œuvrant auprès des personnes âgées, doivent veiller à l'éliminer de tous les milieux de soins. Il peut être si facile d'avoir des préjugés. Il faut combattre ces fausses idées. Les soins et services n'en seront que meilleurs.



Denise Destrempe

Madame Denise Destrempe est secrétaire trésorière de OVS

NOTES

(1) Les plus anciennes publications sont enregistrées et disponibles à la bibliothèque de l'IUGM; les plus récentes sont accessibles sur le site internet.

(2-3) Géro-Phare, 10e anniversaire, Observatoire Vieillesse et Société, 2014

(4-5) Repéré à http://ovs-oas.org/memoires_projet_loi.html

RÉFÉRENCES

Butler. R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. Oxford, England: Harper & Row.

Observatoire Vieillesse et Société

4565, chemin Queen-Mary, bureau C2628
Montréal, QC. H3W 1W5
TÉL. : (514) 340-3540, poste 3927
info@ovs-oas.org
www.ovs-oas.org

La Gérotoise, 25 ans déjà! (1re partie)

Par Olivette Soucy
Inf., M. Sc.

La Gérotoise a 25 ans. C'est une revue arrivée à maturité et recherchée pour son expertise en gérontogériatrie. Publication officielle de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (AQIIG), elle fut fondée en 1989, mais n'a reçu son nom officiel qu'en 1990. Au cours des années, de nombreux changements ont été apportés à sa présentation.

Afin de mieux faire connaître son évolution, nous proposons une rétrospective de son développement et de ses parutions. La rétrospective des articles parus depuis l'année de création de *La Gérotoise* jusqu'à l'an 2000, vous est présentée dans ce numéro. La liste des articles parus de 2001 à 2015 sera disponible dans la revue de l'automne 2015.

La Gérotoise de 1989 à 2015

L'AQIIG fut fondée le 25 avril 1984 par mesdames Germaine Céré, Thérèse Vir, Lorraine Beaudin et Monique Bissonnette. Cette dernière en devenait la première présidente. En octobre 1989, après cinq années d'existence, l'Association inaugurerait *La Gérotoise* à la suite d'un concours pour trouver le nom¹.

La formule choisie pour la présentation de la revue reste la même durant plusieurs années. Pour chaque parution, une page est consacrée au Mot de la présidente. Deux, trois ou quatre articles d'intérêt gérontologique sont présentés. Nous y retrouvons des annonces de toutes sortes allant de l'invitation à assister à l'assemblée générale annuelle, à participer aux différents colloques, soupers conférences et autres rencontres, en passant par les annonces de prêts de vidéos cassettes et de livres consacrés à la gérontologie. Les demandes pour des collaborateurs à la revue et pour de la publicité sont également incluses.

Les articles consacrés aux résultats de recherches scientifiques et aux expériences cliniques réalisées dans les milieux arriveront dès les premiers numéros.

Dans les premières éditions, chacune des présidentes de l'AQIIG et madame Nicole Trudel ont assuré le rôle de rédactrice. Par la suite, deux autres rédactrices leur ont succédé soit : madame Olivette Soucy de 2003 à 2013 et madame Linda Thibeault depuis 2014.

Le premier mandat de *La Gérotoise* est de produire des articles d'intérêt en gérontogériatrie, de publier des résultats de recherches, des essais cliniques, et des travaux d'étudiants et de chercheurs universitaires traitant de ce même sujet. De plus, elle doit établir un lien entre les infirmières et infirmiers travaillant en gérontogériatrie.

La Gérotoise, première revue francophone traitant de gérontologie, et s'adressant aux infirmières et infirmiers est unique en Amérique du Nord. Elle est envoyée aux membres deux fois par année. Plusieurs bibliothèques de milieux hospitaliers et d'hébergement, de même que des bibliothèques universitaires et collégiales, sont membres corporatifs de l'AQIIG afin de recevoir *La Gérotoise*, une référence incontournable dans le domaine. Depuis 2005, il est possible de consulter les différentes publications sur le site Web de l'AQIIG.²

Évolution de la présentation de la revue

Depuis sa création, la présentation de la revue a changé. À sa fondation, elle était constituée de 12 ou 16 pages. Un arrêt de publication a eu lieu durant l'année 1997. À partir des années 2000, on note une croissance importante des activités avec une revue de 40 pages.

Les collaborateurs

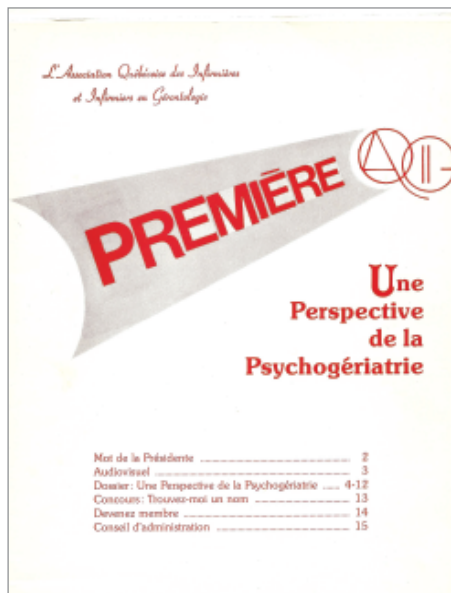
Durant les 25 ans d'existence de la revue, les collaborateurs ont été nombreux. Pour les onze premières années, pas moins d'une centaine d'auteurs ont participé à son rayonnement. Au début, les appels se firent nombreux afin de les

recruter. L'augmentation des infirmières formées au deuxième et troisième cycle universitaire a contribué à augmenter l'intérêt pour la publication d'articles. Ce faisant, la pertinence des sujets s'est accentuée, et l'intérêt des infirmières pour la revue a également augmenté. Les grands noms de la profession infirmière, intéressés par la gériatologie, ont publié à diverses époques, représentant ainsi l'évolution de la pensée infirmière sur ces soins de santé. Les auteurs sont majoritairement des infirmières, mais d'autres professionnels participent également.

Les textes deviennent de plus en plus pertinents et bien adaptés à la réalité gériatologique. Les recherches effectuées dans les universités québécoises sont présentées aux lecteurs.

Tous les auteurs, qui, depuis la première parution, ont offert de leur temps à la rédaction sont nommés, afin de leur rendre hommage et de les remercier. Grâce à eux, la revue a pu survivre, prendre de l'expansion et être utile à ses membres et à la société.

Le visage de *La Gérontoise* a changé au cours des années.



Articles de *La Gérontoise* de 1989 à 2000

1989

Vol. 1, 1. Une perspective de la psychogériatrie
Beaulieu, Nicole. Une perspective de la psychogériatrie /1

1990

Vol. 1, 2. Entrevue avec madame Simonne Chartrand
Dagneault, Micheline. Entrevue avec Madame Chartrand /6-11

Vol. 1, 3. Les personnes âgées : leur qualité de vie.
Ostiguy-Brodeur, Lorraine. Pour la santé et la vitalité des pieds /3-5
Morin, Lise. Les personnes âgées : leur qualité de vie /6-9

Vol. 2, 1. Quel oubli?...Neurone au boulot
Huot, Linda & Plouffe, Raymond. Zoothérapie /3-4
Auteur inconnu. La dénutrition chez la clientèle âgée /5-10
Gaudreault, Gisèle. Quel oubli?... Neurone, au boulot /11-14

1991

Vol. 2, 2. Entrevue avec madame Lorraine Beaudin.
Nerron Marsan, Marcelle, Pellerin, Lise, & Savard, Louise. Quand les infirmières deviennent partenaires /5-9
Tupinier, Françoise. Rencontre avec madame Lorraine Beaudin, première présidente de l'AQIIG qui explique la fondation et les débuts de l'Association /10-12
Bordeleau, Yvonne. L'imagerie mentale /13-14

Vol. 2, 3. Implantation d'une unité de gériatrie
Lague, Monique. Implantation d'une unité de gériatrie, les défis des infirmières : la démarche clinique et l'équipe multidisciplinaire /5-12

Vol. 3, 1. La motivation de notre personnel
Beauchamps, Louise. Relaxation Jacobson /6-9
Boucher-Lepipas, Lauraine. La motivation du personnel /10-14

1992

Vol. 3, 2. Expériences vécues en centre d'accueil

Henri, Gérald. Implantations de thérapies douces et résultant d'une expérience en acupuncture /3-6

Germain, Manon. Une nouvelle intervention en centre d'accueil d'hébergement : le groupe « Pour vous messieurs » /3-4

Vol. 3, 3. Évaluation de la qualité des soins

Chagnon, Monique. Évaluation de la qualité des soins chez les aînés; mythe ou réalité /3-9

Mainville, Andrée. Réflexion sur ma pratique professionnelle en soins prolongés /10-11

Soucy, Olivette. Le rôle de l'infirmière face à l'abandon et à l'acharnement thérapeutique dans les milieux de soins de longue durée /12-17

Vol. 4, 1. Dixième parution

Duchesneau, Murielle. L'euthanasie /3-5

Julien, Marie & Godin, Gérald. Activités de chorale pour résidents aphasiques en soins /6-8

Saulnier, Diane & Duchesneau, Murielle. Comment opérationnaliser un programme d'évaluation de la qualité des soins /9-14

Beaudin, Lorraine. Programme de style ou style de choix pour le manager d'aujourd'hui et de demain /5-18.

1993

Vol. 4, 2. Comportements perturbateurs

Patenaude, Johanne. Aider le bénéficiaire violent /3-7

Hinse, Marie-Claire. En situation de crise, faut-il tendre l'autre joue? /8-11

Bélanger, Marc & Dicaire, Louise. L'agitation en établissement d'hébergement /12-19

Bonin, Claire & Bourque, Monique. La gestion quotidienne des comportements perturbateurs : une démarche d'évaluation et d'intervention /22-25

Vol. 4, 3. Le jardin potager de Madame Roy

Poirier, Yvette. De la collecte des données au jardin potager de Madame Roy /3-7

Vincent, Jean Robert & Massicotte, Paul. L'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées et l'importance de s'en occuper /9-12

Dufey, Anne-Françoise. La démarche de soins en gériatrie-gérontologie : chance ou risque? /13-20

Vol. 5, 1. Éthique... Bioéthique...

Lambert, Cécile. L'éthique et la bioéthique dans le quotidien des infirmières en gériatrie /3-9

Francoeur, Louise. Choisir entre les droits des uns et les droits des autres : des dilemmes fréquents en gériatrie /11-16

De Ravinel, Hubert. La condition des personnes âgées en institution : perspectives et questionnement /17-18

Roux, Carole. Soutien aux soignants /19-24

Trudel, Nicole. Le vieillissement, de l'hospice à la salle de cours /25-26

1994

Vol. 5, 2. Le sentiment de solitude chez la personne âgée

Côté, Alexandrine. Soins infirmiers, le Code civil et les droits des aînés /3-4

Trudel, Nicole. Place aux soins palliatifs en établissement de soins de longue durée /5-7

Deschamps, Armelle. Une cure de rajeunissement haute en couleurs /9-10

Trudel, Nicole. La multidisciplinarité, du rêve à la réalité /11-12

Trudel, Nicole. Portrait d'un chef d'unité. **Lisette Allaire,** « L'amour pour les personnes âgées est essentiel, sinon, on ne peut bien fonctionner » dit Mme Allaire /13-14

Lalonde, Lise. Le sentiment de solitude chez la personne âgée /15-19

Vol. 5, 3. Associer vieillesse, croissance et éveil

Trudel, Nicole rencontre Louise Coulombe. Vivre en santé la petite histoire d'un grand projet /3-4

Bernier, Isabelle. La jeune gérontoise /5

Abarratégui, Eugénie. Abus et mauvais traitements infligés aux personnes âgées à domicile /6

Languirand, Jacques. Associer vieillesse, croissance et éveil /7-9

Lalonde, Lise. Le sentiment de solitude chez la personne âgée /13-16

Vol. 6, 1. Le spectre de la perte d'autonomie

Lafrance, Hélène. Le spectre de la perte d'autonomie chez la personne âgée vivant à domicile /3-5

Rajotte, Jocelyne. Une histoire d'aquarium /5-6

Marsolais, Florence. L'État mental, vous connaissez? /7

Bernier, Isabelle. La jeune gérontoise /9-10

Auger, Jacinthe & Morin, Andrée. Le centre de jour, une ressource à connaître /11-12

Parker, Anne. Programmes de soins et protocole d'élimination intestinale /13-15

1995

Vol. 6, 2. Les regroupements d'infirmières sont essentiels.

Bourque, Monique & Côté, Lucie. Les groupes de soutien : un moyen efficace de prévention /4-5

Truchon, Sylvie & Gravel, Nicole. Gérer ses émotions = qualité de vie /7

Bernier, Isabelle. Plaies de lit : pourquoi et comment les éviter /8-10

Vol. 6, 3. La créativité et l'innovation : des atouts essentiels pour œuvrer en gérontologie

Bernier, Isabelle. L'infirmière et la fracture de la hanche chez la personne âgée /3-4

Vinet, Manon & Auger, Jacinthe. L'infirmière, fin stratège auprès de la clientèle devenue malentendante (son rôle) /5

Soucy, Olivette. Nos infirmières sont créatrices /8

Murray, Jeannette. L'approche palliative aux grands malades de soins de longue durée /10

1996

Vol. 7, 1. Communiquez que diable!

Soucy, Olivette & Berteau, Lucie. L'intégration des familles dans les milieux de soins... la pensée magique ne suffit pas /3

Cliche, Jacinthe & Duval, Geosseline. Violence chez les aînés hébergés : mal en silence /5-13

Vol. 7, 2. Êtes-vous prêtes à intervenir?

Ducharme, Francine. Préciser son identité est un moyen pour se faire reconnaître /3-6

Savoie, Maryse L. & Laframboise, France. L'Impact mesuré du « concept milieu de vie » /10-13

Cliche, Jacinthe & Desmarais, Claire. Intervenir en situation d'abus... oui, c'est possible /14-15

Vol. 7, 3. La famille, au rendez-vous

Lafrance, Hélène. Les aidants naturels ou l'usure de l'amour /3-4

Jeannotte-Côté, Jocelyne. Le bien-être dans notre milieu, un choix de chaque instant /5-6

Truchon, Sylvie. Soutien offert aux familles qui hébergent ou hospitalisent un de leurs membres /7-9

Viel, Marie. Le sentiment de solitude des femmes âgées vivant en institution /10-11

1998

Vol. 8, 1. La famille... un atout à conquérir

Proulx, Daniel. Les familles problématiques... chercher davantage leur collaboration en hébergement /4-10

Berteau, Lucie. « Ma mère doit entrer en hébergement... j'ai peur » Démarche d'accompagnement de la famille, de la souffrance à la confiance /14-19

Cliche, Jacinthe & Desmarais, Claire. 24 heures dans la vie d'un résident. Une stratégie de sensibilisation aux abus exercés à l'endroit des aînés hébergés /20-21

Vol. 9, 1. Être infirmière en milieu de vie : un privilège

Jeannotte-Côté, Jocelyne. L'accompagnement /4-6

Laizon, Sylvie. Les stratégies infirmières de motivation de la personne âgée /7-8

Viens, Chantal. Milieu de vie et qualité de vie au travail : valeurs des infirmières « survivantes » à la veille du tournant du siècle /13-14.

Lafortune, Jean. Pas de panique avec Margot Dumais /15

Vol. 9, 2. Le soin de soi et des autres... en santé!

Duhamel, Fabie. p.58. L'infirmière, la famille et la personne âgée /5-8

Bourbonnais, Louise. Les crédits de Carol Alain ou comment développer notre compétence au bonheur /9-10

Leblanc, Jeannette. Le groupe de soutien : un outil de responsabilisation /11-14

Soucy, Olivette. Douleur et culture /15-20

De Ravinel, Hubert. Puis la retraite... les lendemains d'une grande décision /22-24

Berteau, Lucie. Une première au Canada : une chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille /26-27

1999

Vol. 10, 1. La fin de vie... l'éternel recommencement

Hétu, Jean-Luc. p.6-9. Les étapes du deuil /6-9

Bourbonnais, Louise. Réflexion éthique sur les problèmes d'alimentation en milieu d'hébergement et de soins de longue durée /13

St-Arnaud, Jocelyne. L'acharnement thérapeutique /16-20

Le Guerrier, Paul. « Quand la multirésistance nous rejoint » /21-24

Vol. 10, 2. « Ces comportements qui nous déroutent »...

Charrette, Sylvie. Jeune infirmière auprès des aînés... des éléments de compréhension de ce paradoxe /4-5

Savoie, Maryse L. Les démences : rafraîchir la mémoire /7-12

Collin, France, Forget, Lucie G. & Gauthier, Mariette. Comportements d'agressivité physique et verbale chez la clientèle gériatrique /13-16

Dicaire, Louise, Pelletier, Guy, Durand, Pierre J., Dubé, Chantale, & Lepage, Céline. La souffrance du soignant /19-27

Bernatchez, Annie. Le rôle modérateur de l'animal sur les comportements perturbateurs /28-31

Pinard, Suzanne. Le deuil au Québec : un peu d'histoire /32-33

Dozois, Marie-France. Des moyens pour diminuer l'incidence de la souffrance /34

2000

Vol. 11, 1. « Zoom sur le nouveau siècle ».

Savoie, Maryse L. Qu'est-ce que la mémoire? /7-8

Gauthier, Mariette, Collin, France & Forget, Lucie G. La résistance aux soins chez la clientèle gériatrique /9-12

Bouvier, Micheline. Le soulagement de la douleur : profil d'évaluation /13-14

Ducharme, Francine. Prendre soin de moi! Un programme d'intervention destiné aux aidantes d'un proche hébergé en centre de soins de longue durée et atteint de la maladie d'Alzheimer /15-16

Bernatchez, Annie. 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 /17-19

Tremblay, Lucie & Waserman, Mary. Contrer la violence à l'égard des personnes âgées en institution : un défi relevé par le Centre gériatrique Maimonides /21-24

Lefebvre, Michel. Mauvais traitements et négligences envers les personnes âgées : petite bibliographie annotée /25-26

De Ravinel, Hubert. Vivre autonome en institution : illusion ou réalité? /27-33

Conclusion

Faire la rétrospective des numéros de *La Gérontoise* publiés durant onze ans, fait connaître l'évolution du domaine de la gérontogériatrie durant cette période. Le vieillissement de la population a suscité de l'intérêt pour la gérontologie, et les publications de *La Gérontoise* sont le reflet de cette réalité.


La toute première publication parle de Psychogériatrie. Plus tard, on parlera de l'Approche systémique et de l'Interdisciplinarité, concepts alors nouveaux et dont la connaissance et la pratique sont indispensables dans les soins aux personnes âgées. La motivation du personnel, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, la démarche systémique et les modèles de soins infirmiers, les comportements perturbateurs, l'éthique, la bioéthique et les soins palliatifs sont parmi les autres sujets touchés dans les diverses publications.

La Gérontoise a été et est toujours un chef de file

dans la diffusion du savoir en gérontogériatrie. Merci aux équipes de la rédaction : éditrices, conseillères cliniques, réviseuses linguistiques, secrétaires, infographistes et aux nombreux auteurs. Sans toutes ces personnes dévouées, les connaissances sur la gérontogériatrie n'auraient pas été si bien diffusées, et les infirmières, collaboratrices de premier plan de ces soins, aussi bien informées.


NOTES

1. *La Gérontoise*, vol. 21. 2. automne 2010 *La Gérontoise d'hier à aujourd'hui*. p. 28
2. Site Web de l'AQIIG : <https://www.aqiig.org>



CHARLAND + GAMACHE
SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.


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

FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES 

FORMATIONS OFFERTES

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

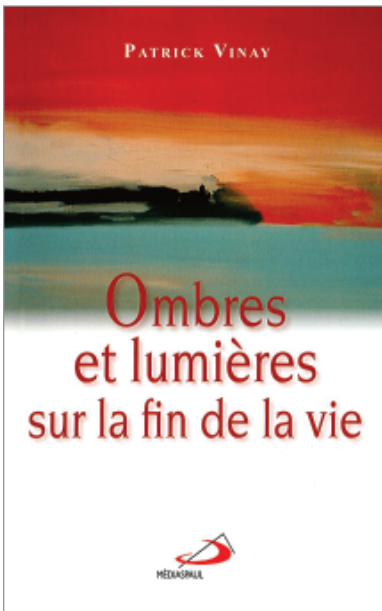
CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES!

T 1-855-806-2089 CHARLANDGAMACHE.COM 

Par Olivette Soucy
Inf., M. Sc.

Deux publications sont présentées : celle de Patrick Vinay (2010) et de Diane Boivin (2014). Les deux touchent les émotions vécues dans les milieux de soins.

Patrick Vinay (2010). *Ombres et lumières sur la fin de la vie*, Médiaspaul, 80 pages



Dans ce petit livre de 80 pages, format poche, Patrick Vinay, médecin, réfléchit sur le sens de la vie et de la mort. Il affirme qu'on a tellement repoussé la mort, qu'on ne sait plus comment la vivre. Il propose une réflexion sur des situations de vie qu'il a rencontrées chez de nombreuses personnes malades, en fin de vie; les unes en paix, sereines et calmes, et d'autres, baignant dans la détresse. Il souligne :

« La période de vie entourant la mort, souvent si riche, apparaît aux yeux de bon nombre de nos contemporains, comme un ultime effort. Pourtant, ce peut être aussi l'heure de confirmer le sens de sa vie, de cueillir les fruits d'une vie partagée avec les siens. Elle peut devenir une ultime occasion de sceller ses attachements, une façon de quitter le monde en aidant les autres autour de soi à continuer à vivre » (p.5).

À partir de son expérience auprès des malades et des mourants, le docteur Vinay, présente, en trois groupes, des textes susceptibles d'alimenter la réflexion. Le premier groupe, appelé *Moments d'incertitude*, permet de clarifier certains faits concernant les traitements entourant la fin de vie : morphine, détresse respiratoire, abstention de traitement, souffrance des proches malgré la médication puissante, etc. Le deuxième groupe, *Problèmes d'éthique*, présente les problèmes d'éthique vécus au moment de la mort : euthanasie, aide au suicide, compassion, triste réalité de la maladie d'Alzheimer. Parlant d'euthanasie, il affirme que : « les soins palliatifs maintiennent confort et dignité. Offrons des soins palliatifs à tous, et nous verrons disparaître les demandes d'euthanasie » (p.43). Dans le troisième, il explore *La précieuse fin de vie* qui, pour lui, « est un temps béni pour renouer des liens avec les siens, traverser des fossés, faire des gestes qui expriment le fond du cœur » (p.60).

Ce livre nous renvoie à la souffrance vécue par tous les intervenants d'un milieu de soins créée par l'impossibilité d'enrayer la maladie et d'éviter une mort prochaine. Tous ont vu la détresse dans les yeux des personnes condamnées et de leurs proches, tous ont reçu des demandes qu'ils ne pouvaient combler.

Ombres et lumière sur la fin de vie, quoique datant de maintenant cinq ans, est toujours d'actualité. En faire la lecture alimente la réflexion de tous les soignants qui ont vécu les situations qui y sont décrites et qui s'interrogent sur la conduite qu'ils ont eue et celle à pratiquer dans le futur.

Diane Boivin (2014). *Derrière les gestes*, Éditions GML, 146 pages



Diane Boivin, infirmière, a occupé plusieurs fonctions de soignante et d'encadrement dans le réseau de la santé, notamment en hébergement. Dans cet ouvrage, elle raconte les souvenirs et les moments touchants, intenses, tristes, heureux qui l'ont marquée durant cette période.

« Ces instants, dit-elle, marquent la vie de chacun. Leur souvenir revient tout au long de la vie. Ils sont devenus des moments de grâce » (p.7).

Décrits comme des événements marquants qui surprennent, ils peuvent être créés par une parole, une petite caresse, une acceptation ou un refus, une expérience de soin qui a transformé le parcours de vie de l'infirmière et de l'infirmier. La plupart du temps, les auteurs de ces actions n'ont pas su qu'ils avaient contribué à cette évolution. Sur le coup, il est difficile de réaliser la portée actuelle et future de cet incident sur la vie de quelqu'un.

Divisé en vingt-sept (27) chapitres, *Derrière les gestes* touche divers sujets qui ont eu un profond retentissement sur la vie de l'auteure. Elle parle de plaies, du sixième sens, de la volante, des enfants, du mourir et de beaucoup d'autres sujets. Certains exemples sont touchants et illustrent plusieurs situations déjà vécues par le lecteur.

Dans le chapitre *M-o-u-r-i-r*, un des plus fort, sensible ou chargé de sens du livre, elle pose la question qui hante toutes les infirmières et tous les infirmiers devant les changements en cours sur l'aide à mourir. Cette question, pour elle, demeure entière. Elle relate un épisode de sa vie lorsque, il y a quelques années, un mourant lui avait demandé de précipiter la mort qui tardait à venir. Elle se questionne :

« Que ferais-je actuellement devant cette demande? Comment me comporterais-je aujourd'hui? Je crois que je me sentirais capable de soutenir la personne et ses proches dans ce processus. Mais, serais-je en accord avec mes valeurs? Je ne peux y répondre » (p.77.)

Derrière les gestes est un livre qu'il est agréable à lire, car il renvoie à l'expérience de chacun et fait revivre tous ces instants de grâce que chaque être a vécu et trouve du plaisir à se remémorer.

Pour toute communication avec l'AQIIG

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

514 340-2800, poste 3092 (boîte vocale)
www.aqiig.org
info@aqiig.org

Membres du Conseil d'administration 2015-2016

Francine Lincourt Éthier, présidente
Directrice des soins infirmiers et des programmes
à la clientèle - Résidence Angelica
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
514 324-6110, poste 289

Huguette Bleau, vice présidente
hbleau@hotmail.ca

Rosa DelVecchio, administratrice
Coordonnatrice SAPA (Soutien à l'autonomie
de la personne âgée et à la déficience physique
adulte) - DPA site Métro
rdelvecchio@ssss.gouv.qc.ca
514 934-0505 poste 7287

Céline Lagrange, trésorière
clag02@hotmail.com

Julie Leroux, administratrice
Infirmière-chef d'unité de vie Résidence Angelica
julie.leroux.ange@ssss.gouv.qc.ca

Danielle Milot, administratrice
Conseillère en soins infirmiers et en gestion des
risques, Résidence Angelica
danielle.milot.ange@ssss.gouv.qc.ca

Johanne Senneville, membre substitut
Infirmière clinicienne spécialisée - HMR
jsenneville.hmr@ssss.gouv.qc.ca
514 252-3400, poste 5291

Olivette Soucy, secrétaire
Consultante en soins infirmiers gériatriques
soucy.olivette@gmail.com
514 504-6279

À la recherche d'auteurs

Vous avez réalisé un projet spécial dans votre établissement et 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

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie

