

# perspective infirmière



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

Mai • juin 2020  
Vol. 17 n° 3

## COVID-19



L'expertise  
infirmière au  
front de l'urgence  
sanitaire

Effectuer  
un examen  
gynécologique  
de manière  
sécuritaire

Obligations  
déontologiques de  
l'infirmière à l'égard  
des étudiantes,  
externes et CEPI



Violence conjugale  
et pratique  
infirmière



# UN EMPLOI EN SANTÉ POUR VOUS

Nous vous offrons plus qu'une carrière...  
Un épanouissement.

- Les meilleures conditions de l'industrie
- Gestion de vos horaires en temps réel via notre portail web
- Remplacements à temps complet, temps partiel ou sur appel disponibles
- Une équipe professionnelle et dynamique à l'écoute de vos besoins
- **Des mandats partout au Québec**

Faites-nous parvenir votre curriculum vitae  
cv@servicesprogressifs.com  
Tél : 514 335-1813, poste 235  
Télécopieur : 514 336-8803  
[www.servicesprogressifs.com](http://www.servicesprogressifs.com)

**Primes d'embauche  
allant jusqu'à 2000 \$\***

\*certaines conditions s'appliquent

11 AU 17 MAI  
SEMAINE  
DE LA PROFESSION  
INFIRMIÈRE  
2020

Tout  
le Québec  
vous dit  
merci  
infiniment



Visionnez la vidéo hommage offerte par Alex Nevsky  
[oiiq.org/merci](http://oiiq.org/merci)



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

Partenaires de nos 100 ans :



LaCapitale



TD Assurance



BANQUE  
NATIONALE



# SOMMAIRE

Mai • juin 2020 — Vol. 17 n° 3

## ÉDITORIAL

- 07 — Ce que nous révèle la crise de la COVID-19

## INNOVATION CLINIQUE

Prix régionaux  
Banque Nationale 2019

- 18 — Chaudière-Appalaches  
Des interventions efficaces pour  
lutter contre le délirium
- 19 — Côte-Nord  
Une clinique infirmière au cœur  
du Cégep de Baie-Comeau

## FONDATION

- 20 — Centre sida amitié / Clinique  
santé amitié  
Partenaires essentiels des  
personnes en situation  
de vulnérabilité

## URGENCE SANITAIRE

- 43 — L'expertise infirmière au  
front de l'urgence sanitaire

## DÉONTOLOGIE

- 58 — Étudiantes, externes en soins  
infirmiers et CEPI  
Quelles sont les obligations  
déontologiques de l'infirmière  
à leur égard?

## L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 60 — Qui peut effectuer le dépistage  
du SARM et de l'ERV?

## EN BREF

- 09 — Effectuer un examen  
gynécologique de manière  
sécuritaire
- 12 — Étude DECOPA : mieux  
comprendre la transmission  
de la COVID-19
- 14 — Prise de position du SIDIIEF  
sur la vaccination  
Les infirmières doivent protéger la  
santé des populations

## MYTHES ET RÉALITÉS

- 17 — À propos des maladies  
cardiovasculaires chez  
les femmes  
Réponses en p. 56

## GESTION

- 50 — L'assistante infirmière-chef  
aux urgences  
Les quatre volets essentiels de  
son rôle et de sa pratique  
professionnelle





DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU



24 — Violence conjugale et pratique infirmière



Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU  
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

<b>RÉDACTRICE EN CHEF</b> Caroline Baril	<b>CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU</b> Magali Morin, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique
<b>GRAPHISME ET MISE EN PAGES</b> Mario Paquette	<b>COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ</b> Direction, Développement et soutien professionnel Joël Brodeur, infirmier, Directeur Chantale Desbiens, infirmière Directrice adjointe à la pratique infirmière
<b>RÉVISEUR LINGUISTIQUE</b> Alexandre Roberge	<b>CORRECTRICE D'ÉPREUVES</b> Marie-Eve Arseneault, infirmière Conseillère à la consultation professionnelle
<b>CORRECTRICE D'ÉPREUVES</b> Marlène Lavoie	<b>GRILLE GRAPHIQUE</b> Esther Cimon, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique (formation continue)
<b>IMPRIMEUR SOLISCO</b> Isabelle Gagné et Luc Girard pour MissPixels	<b>IMPRIMEUR SOLISCO</b> Julie Gélinas, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique
<b>PAGE COUVERTURE</b> © Allen McInnis	<b>IMPRIMEUR SOLISCO</b> Maud Papin Chargée de projets au développement professionnel
<b>SUR LA PAGE COUVERTURE</b> Infirmière effectuant un test de dépistage de la COVID-19 à la clinique de dépistage au volant de Côte-Saint-Luc, à Montréal, le 30 mars 2020.	<b>PAGE COUVERTURE</b> Stéphanie Plante-Blanchette, infirmière Conseillère à la qualité de la pratique (formation continue)

**COLLABORATEURS**

Marie-Eve Arseneault, inf., B. Sc. inf. – Joannie Belleau, inf., M. Sc. – Dalila Benhabrou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Chantale Desbiens, inf., M. Sc. inf. – Julie Gélinas, inf., M. Ed. – Maryse Grégoire, inf., B. Sc., M. A. – Louise Hamelin-Brabant, Ph. D. – Julie Labrecque, inh. – Chantal Lambert – Judith Lapierre, inf., Ph. D. – Geneviève Lessard, Ph. D. – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Sylvie Lévesque, Ph. D. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. – Nisrine Moubarak, Ph. D. (c.) – Éric Roy, inf., B. Sc., LL. M. – Lyse Savard – Héliène Tremblay, inf., B. Sc. – Bilkis Vissandjé, inf., Ph. D.

**POLITIQUE ÉDITORIALE**

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

**POUR NOUS JOINDRE**

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

**PUBLICITÉ**

Julie Diamond  
Communications  
Courtier publicitaire  
En collaboration avec  
AGC Communications  
514 509-9118  
partenaires@oiiq.org

**ABONNEMENT**

Michelle Dalphond  
Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288  
ventepublications@oiiq.org  
<https://www.oiiq.org/abonnement-pi>

**TARIFS pour 1 an**

Canada : 16,28 \$ taxes applicables comprises  
Autres pays : 73 \$  
Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.  
Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

Exceptionnellement, cette édition n'a pas été imprimée. Elle est diffusée exclusivement en ligne sur [oiiq.org](http://oiiq.org), en raison de la pandémie mondiale de COVID-19.

**DÉPÔT LÉGAL 2020**

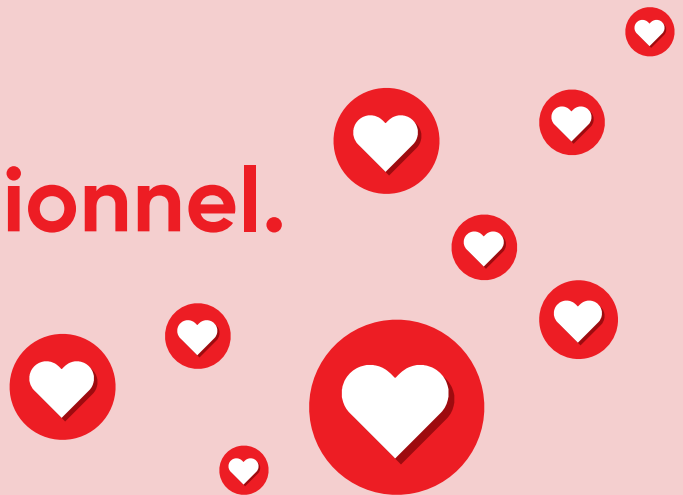
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 1708-1890  
Répertoire dans *Repère*, *Cinahl*, *PubMed*, *CISMef* et *BDSF*  
N° d'enregistrement 9790  
Parution : mai 2020  
Convention de la Poste-publications  
N° 40062569



**DIFFUSION**  
Diffusion 80 291 copies  
(CCAB/BPA : mai 2020)



À tous les infirmiers  
et infirmières :  
**vous faites un  
travail exceptionnel.**



**Merci de prendre  
soin de nous.**



# Ce que nous révèle la crise de la COVID-19



© Jimmy Hamelin

**LUC MATHIEU**, inf., D.B.A.  
Président de l'Ordre des infirmières  
et infirmiers du Québec

**Avant tout, la crise de la COVID-19 nous a permis collectivement de constater que l'expertise de la profession infirmière est un incontournable en matière de soins à la population, encore plus en période de pandémie. Tout le Québec reconnaît aujourd'hui l'importance de la contribution des infirmières et infirmiers et leur détermination à bien soigner malgré les inquiétudes et la peur, bien légitimes en cette période de crise. Les remerciements proviennent de tous les secteurs de la société.**

Disons-le, cette pandémie a non seulement bouleversé la vie de tous les soignants et de tous les Québécois, mais elle a de plus exposé au grand jour les limites du modèle de soins prodigués aux personnes âgées, notamment celles vivant en résidence ou en CHSLD – parmi les plus vulnérables de notre société. Depuis des années, plusieurs organisations, dont l'Ordre, ont décrié le manque de ressources et d'expertise disponibles en CHSLD. Aujourd'hui, 8,5 millions de Québécois sont à même de constater avec nous que les CHSLD sont les parents pauvres du réseau de la santé. Ils ne sont pas que des milieux de vie; ils sont aussi des milieux de soins où, le plus souvent, les bénéficiaires sont des résidents atteints de pathologies multiples, ce qui complexifie l'évaluation de leur état de santé physique et mentale – pierre angulaire de la pratique infirmière. L'expertise de l'équipe de soins devient alors un enjeu incontournable, et, en ce sens, les infirmières et infirmiers jouent un rôle de premier plan, étant le centre de coordination des soins à offrir.

Aujourd'hui, le Québec est solidaire; tous se mettent à la tâche pour sortir de la crise le mieux possible. Demain, à l'issue de cette crise, il faudra aussi être tous au rendez-vous, aux côtés du gouvernement, afin de mettre un terme à ce modèle de soins qui a indéniablement atteint ses limites et démontré son inefficacité. Je le redis, l'Ordre offre à Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés et des Proches aidants et à Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux, toute sa collaboration pour revoir le modèle de soins aux personnes âgées, du domicile au CHSLD, et placer au centre des soins l'expertise infirmière, car c'est de cela qu'il est question. Ces personnes ont besoin de soins infirmiers de haut niveau.

## FAIRE CONNAÎTRE ET RECONNAÎTRE NOTRE EXPERTISE

L'enjeu de l'heure pour notre profession est de faire connaître et reconnaître nos compétences et notre expertise. L'Ordre le répète depuis longtemps : nous, les infirmières et infirmiers, devons prendre notre place en tant que professionnels. Maintenant, nous devons faire mieux; nous devons exiger cette connaissance et cette reconnaissance de notre savoir pour le plus grand bénéfice des patients.

Il est remarquable qu'au cours des dernières semaines, plusieurs personnes aient laissé entendre qu'un médecin pouvait accomplir les activités infirmières en CHSLD. De tels propos trahissent une profonde méconnaissance de notre profession et des savoirs et compétences spécifiques requis pour exercer en CHSLD. Il est temps de l'affirmer haut et fort : le savoir infirmier est un savoir spécifique; ce n'est pas une partie du savoir du médecin.

## NOTRE ENGAGEMENT

Nous nous engageons à poursuivre nos démarches auprès de la ministre de la Santé et des Services sociaux et de la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, afin de faire reconnaître l'expertise de pointe requise en CHSLD dans le cadre de la pratique infirmière. En effet, l'évaluation de la condition physique et mentale en CHSLD repose sur des connaissances et compétences avancées. En outre, l'activité d'évaluer la douleur chez les personnes présentant des atteintes neurocognitives, des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et des problèmes de déglutition ne peut être confiée à des personnes qui ne possèdent pas le bagage professionnel et académique pour ce faire.

La pratique infirmière en CHSLD peut représenter une pratique professionnelle empreinte de défis. Il est possible de faire carrière en CHSLD – tout dépend encore de notre capacité à faire reconnaître la spécificité de notre expertise. Au nom des patients, nous devons agir!

Vivre et mourir dans la dignité doit être à la portée de tous. Nous sommes nombreux, nous sommes quelque 78 000 professionnels de la santé. Vous savez, autant de voix qui s'expriment et exigent une qualité de soins pour ceux qui ont bâti le Québec d'aujourd'hui peuvent faire la différence. Exigeons cette qualité de soins pour tous!

# CERTIFICATION DE L'AIIC 2020



## VISER L'EXCELLENCE

Le **Programme de certification de l'AIIC** offre la seule désignation bilingue reconnue au Canada dans une spécialité infirmière. L'obtention de la désignation de l'AIIC indique que vous vous engagez envers une norme avancée de compétence professionnelle et avez une compréhension approfondie de votre spécialité infirmière.

Plus de 700 infirmières et infirmiers sont certifiés par l'AIIC dans une spécialité au **Québec**. Obtenez la certification vous aussi!

## DATES IMPORTANTE



### AUTOMNE 2020

**Du 1<sup>er</sup> juin au 10 septembre**

Période d'inscription à l'**examen ou au renouvellement par examen**

**Du 1<sup>er</sup> au 15 novembre**

Période d'**examen de certification**

### TOUTE L'ANNÉE

**Du 20 janvier au 1<sup>er</sup> novembre**

Période d'inscription au **renouvellement par apprentissage continu**

### Adhérez à l'AIIC aujourd'hui et doublez vos économies!

Si vous êtes membre de l'AIIC et de votre association de spécialité nationale, vous épargnez deux fois plus sur vos frais de demande d'adhésion.

### SPÉCIALITÉS ACTUELLES

GASTROENTÉROLOGIE\*

GÉRONTOLOGIE – pour les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés

GÉRONTOLOGIE – pour les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés

MÉDECINE-CHIRURGIE

NÉONATOLOGIE

NÉPHROLOGIE

ONCOLOGIE

ORTHOPÉDIE\*

PÉDIATRIE

PÉRIANESTHÉSIE\*

PÉRINATALITÉ

PLAIES, STOMIES ET CONTINENCE

PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE – pour les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés

RÉADAPTATION\*

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

SANTÉ DU TRAVAIL

SCIENCES NEUROLOGIQUES\*

SOINS CARDIOVASCULAIRES

SOINS D'URGENCE

SOINS INTENSIFS

SOINS INTENSIFS EN PÉDIATRIE

SOINS PALLIATIFS

SOINS PÉRIOPÉRATOIRES

*\* Renouvellement par apprentissage continu seulement.*

### NOUVEL EXAMEN – AUTOMNE 2020

MÉDECINE-CHIRURGIE — pour les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés

## FEMMES SYMPTOMATIQUES ACTIVES SEXUELLEMENT

# Faire un examen gynécologique de manière sécuritaire

Mireille est infirmière en santé scolaire dans une école secondaire. Elle rencontre quotidiennement des élèves pour une foule de situations cliniques, dont la contraception ainsi que le dépistage et le traitement de certaines ITSS. Aujourd'hui, elle a rendez-vous avec Roxanne, âgée de 17 ans, pour un suivi de contraception commencé il y a trois mois. Active sexuellement, la jeune fille se plaint de leucorrhée. En consultant les documents de référence, Mireille remarque qu'elle doit procéder à un examen gynécologique en présence de certaines situations cliniques. Elle se demande si elle peut effectuer cet examen.

par **JOANIE BELLEAU, inf., M. Sc.**

Depuis la mise à jour du *Protocole de contraception du Québec* (INSPQ, 2018), et la publication du *Protocole médical national – pertes vaginales inhabituelles* (Institut national d'excellence en santé et services sociaux, 2019), la pratique des infirmières auprès de cette clientèle s'est développée davantage, en leur donnant l'occasion d'intervenir auprès de femmes symptomatiques actives sexuellement<sup>1</sup>. De façon plus précise, comme l'ordonnance collective – intitulée « Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles »

– est maintenant disponible, les infirmières et infirmiers peuvent dorénavant l'appliquer, lorsqu'elle est implantée dans leur milieu. L'application de ce protocole implique que l'infirmière doit effectuer un examen physique, comprenant un examen à l'aide du spéculum et un autre bimanuel.

Savoir procéder à un examen gynécologique n'est pas enseigné systématiquement au cours de la formation initiale de l'infirmière et de l'infirmier. Cette activité s'apprend en milieu clinique et en contexte de développement professionnel. Bien que nombre d'infirmières et d'infirmiers effectuent couramment

1. <https://www.inesss.qc.ca/thematiques/medicaments/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/protocoles-medicaux-nationaux-et-ordonnances-associees/pertes-vaginales-inhabituelles.html>



## Une agence en pleine croissance dirigée par des infirmiers(ères)

15 ans à votre service

- Salaires très compétitifs
- Horaires flexibles
- Assurances collectives complètes
- Orientations rémunérées
- Formations RCR, ACLS, et plus...

**24/7** agence de placement



Emplois partout au Québec

expertise24-7.com

514-951-4381

sans frais: 1-855-951-4381

**ACTIVITÉS RÉSERVÉES PRÉDOMINANTES CONCERNANT L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE**

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- Appliquer des techniques invasives

des examens gynécologiques dans leur pratique, l'OIIQ répond depuis plusieurs années à de nombreuses questions sur les conditions permettant à une infirmière de procéder à un examen gynécologique de façon sécuritaire. Le fait de ne pas accomplir déjà cet examen dans sa pratique courante ou encore sa préoccupation de développer ou de maintenir cette compétence peuvent expliquer ces questions.

Les écrits et les résultats probants sur le sujet étant peu nombreux, un groupe de travail a été formé afin de produire des recommandations permettant à l'infirmière d'effectuer un examen gynécologique de manière sécuritaire. Ce rapport (OIIQ, 2020) sert ainsi à baliser et à guider la pratique des infirmières et infirmiers, compte tenu du risque de préjudice associé à cette activité.

Le groupe de travail est d'avis qu'afin d'effectuer un examen gynécologique de manière sécuritaire, l'infirmière doit être en mesure :

- de procéder à une évaluation initiale, en y intégrant les notions de santé reproductive;
- d'identifier les indications cliniques pour procéder à un examen gynécologique;
- d'effectuer l'examen gynécologique selon les meilleures pratiques (examen clinique en respect de la cliente et des conditions favorables);
- de distinguer les variantes de la normale de l'anatomie du système reproducteur féminin;
- de reconnaître les signes et symptômes d'une problématique de santé gynécologique;
- de bénéficier d'une période de supervision directe par une personne habilitée lors d'au moins cinq examens, avant de procéder de manière autonome;
- de diriger la cliente vers un autre professionnel lorsque la situation clinique le requiert;
- de s'assurer de maintenir à jour ses connaissances et ses compétences (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 17-18).

**EN CONCLUSION**

Mireille est autorisée à procéder à l'examen gynécologique de Roxanne. Toutefois, puisqu'il s'agit d'un nouvel examen à intégrer dans sa pratique, elle adaptera cette dernière en se basant sur les recommandations présentées dans le rapport du groupe de travail afin de l'effectuer de manière sécuritaire. À la suite de son évaluation, elle pourra initier des mesures diagnostiques pour Roxanne et, au besoin, un traitement pharmacologique. ●



Tél. : 418 585-2110  
Télec. : 418 585-3126

**RECHERCHONS  
INFIRMIER(S) INFIRMIÈRE(S)**

Établissement nordique en milieu autochtone

Dynamisme, jugement, autonomie professionnelle, leadership, ouverture culturelle !

**Milieu de vie et de travail exceptionnel !**

- Postes :** Temps complet et temps partiel régulier (clinique)  
**Salaires :** Milieu conventionné / Multiples primes nordiques  
**Secteur :** Kawawachimach (Schefferville)  
**Responsabilités :**
- Réception et traitement de la clientèle dans le cadre du plein exercice de votre champ de pratique. Soins généraux en milieu clinique.
  - Participation et exécution des divers programmes de dépistage.
  - Promotion et application des programmes de santé et de services courants.
  - Participation aux divers programmes de santé communautaire et en santé publique.
  - Service de garde clinique 24 /7.
  - Participation à la bonne marche des activités médicales du CLSC.

**POSTULEZ DÈS MAINTENANT !**

A/S : CHEF de l'administration de Programmes  
 1016 Mohannis CP. 5154 Kawawachimach (QC) G0G 2Z0  
 daniel.goudreault.09naskp@ssss.gouv.qc.ca



**RÉFÉRENCE**

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. 1-8, r. 9.  
 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2019). «Protocole médical national – Pertes vaginales inhabituelles», 18 p. Repéré à [https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances\\_collectives/Vaginite/INESSS\\_Protocole\\_medical\\_national\\_pertes-vaginales-inhabituelles\\_Final.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Vaginite/INESSS_Protocole_medical_national_pertes-vaginales-inhabituelles_Final.pdf)  
 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). «Protocole de contraception du Québec». Québec: INSPQ – Direction du développement des individus et des communautés.  
 Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2020). «Examen gynécologique effectué par une infirmière – Rapport du groupe de travail sur l'examen gynécologique». Repéré à <https://www.oiiq.org/fr/examen-gynecologique>.

**L'ESSENTIEL POUR VOS PATIENTES**  
VIH/ITSS - PRÉVENTION - DÉPISTAGE - TRAITEMENT

**INFORMATION  
STRATÉGIES  
RESSOURCES**

La référence  
en santé sexuelle  
pour toutes les femmes

**DANSMONSAC.CA**

## PREMIÈRE ÉTUDE POPULATIONNELLE CANADIENNE SUR LA PANDÉMIE

# DECOPA : mieux comprendre la transmission de la COVID-19

La COVID-19 est une infection très contagieuse qui peut être létale pour les plus vulnérables. Devant l'ampleur du phénomène, le gouvernement du Québec a décrété un état d'urgence sanitaire le 13 mars dernier. Depuis, toute la population pratique la distanciation physique, voire le confinement pour les personnes les plus à risque et les malades. Rapidement, toute une équipe de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) met en branle un projet de recherche sur la prévalence de la COVID-19, dont les résultats vont permettre de comprendre une partie du mode de transmission du virus SRAS-CoV-2 chez les personnes asymptomatiques.

par **Dalila Benhaberou-Brun**, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Deux chercheurs, Alexis Danylo du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (MCQ) et Hugo Germain de l'UQTR, imaginent alors un projet de recherche visant à explorer pour la première fois la prévalence de la COVID-19 et sa transmission. Julie Houle, directrice scientifique de la recherche médicale au CIUSSS MCQ et professeure au Département des sciences infirmières de l'UQTR, fait ensuite le pont avec Lyne Cloutier, également professeure en sciences infirmières à la même université. Ainsi naissait en à peine 24 heures un projet de recherche, instaurant la collaboration indispensable entre les milieux clinique et universitaire.

Consciente de l'urgence, Lyne Cloutier, conjointement avec une équipe multidisciplinaire, rédige en un temps record un protocole rigoureux, le fait approuver par les comités d'éthique des trois établissements concernés et obtient la certification de biosécurité du projet ainsi qu'une ordonnance collective pour pratiquer les prélèvements. Enfin, il a fallu assurer la gestion complexe de ressources humaines et matérielles dans les locaux de l'UQTR qui étaient alors fermés. Des infirmières et des étudiants au baccalauréat en sciences

infirmières bénévoles ont proposé leur aide, dont Simon Chauvette, étudiant finissant, qui a vu là l'opportunité « d'exercer son jugement clinique » et de participer à un projet de recherche dans un contexte de crise. Le dépistage s'est déroulé du 14 au 17 avril dans la première clinique dédiée aux personnes asymptomatiques.

Cette étude, baptisée DECOPA<sup>1</sup>, visait spécifiquement les 2 000 membres du personnel de l'UQTR de la Mauricie, âgés de 18 à 69 ans. Les participants ont accepté de se soumettre à un prélèvement oropharyngé et nasal. « Tous les milieux de transport ont été fournis par la compagnie privée Seegene; nous n'avons donc pas utilisé de matériel destiné à la population », précise Lyne Cloutier. Le principal critère d'exclusion étant la présence de symptômes, il était essentiel de valider les réponses au questionnaire de sélection et de pratiquer une évaluation clinique rigoureuse avant le prélèvement. « Sur les 442 volontaires qui se sont manifestés en moins de 48 heures, nous avons pu tester 330 personnes », ajoute Lyne Cloutier.

### RÉSULTATS ET RÔLE INFIRMIER

L'hypothèse de recherche était d'évaluer le nombre de résultats positifs au test chez les personnes asymptomatiques qui pratiquent la distanciation physique. « Nous avons appliqué les mêmes mesures que dans le cas de patients symptomatiques et défait certaines croyances pour réduire l'inquiétude des participants », explique Nathalie Houle, enseignante au Cégep de Trois-Rivières et co-chercheuse. Toutes les précautions ont été respectées lors du passage de quelques minutes à la clinique. Des employés de l'UQTR redéployés pour le projet et des bénévoles – une vingtaine sur place – ont suivi des formations sur le port des équipements de protection individuelle et sur la technique de prélèvement.

Six jours se sont écoulés entre l'idée initiale et le début de la collecte des données. « Notre étude démontre que 1,82 % des



Chercheurs principaux : **LYNE CLOUTIER**, inf., Ph. D. professeure titulaire, Département des sciences infirmières, UQTR; **ALEXIS DANYLO**, M.D., M. Sc., FRCPC, interniste, microbiologiste-infectiologue, CHAUR CIUSSS MCQ; **HUGO GERMAIN**, Ph. D., professeur, Département de chimie, biochimie et physique, UQTR. Co-chercheurs : **NATHALIE HOULE**, inf., M. Sc., enseignante, Cégep de Trois-Rivières; **CAROLINE MARCOUX-HUARD**, M.D., M. Sc., médecin-conseil à la Direction de santé publique et de la responsabilité populationnelle de la MCQ; **CLAUDIA HOULE**, M.D., infectiologue-microbiologiste, CHAUR, CIUSSS MCQ; **NATACHA MERINDOL**, Ph. D., post-doctorante, Laboratoire d'immunité antivirale, UQTR; **PIER-ALEXANDRE VASIL**, M.D., médecin résident en santé publique et médecine préventive, Université de Montréal; **GENEVIÈVE PÉPIN**, Ph. D., M.B.A., professeure régulière, Département de biologie médicale, UQTR; **JULIE HOULE**, inf., Ph. D. professeure titulaire, Département des sciences infirmières, UQTR, directrice scientifique de la recherche médicale et clinique pour le CIUSSS MCQ. Collaborateurs du milieu clinique : **EVA MATHIEU**, Ph. D., chef de service de la recherche médicale de clinique, direction de l'enseignement universitaire, de la recherche et de l'innovation, CIUSSS MCQ; **MARIE-CLAUDE LEHOUX**, M. Sc., agente de planification, programmation et recherche, DEURI, CIUSSS MCQ.



1. DECOPA :  
Dépistage de la COVID-19  
pour les Personnes  
Asymptomatiques.

participants asymptomatiques dans notre communauté – soit six personnes – étaient porteurs du virus», mentionne Lyne Cloutier. « Ces résultats pourront servir à revoir le modèle de distanciation physique, à évaluer les projections sur les taux potentiels d'hospitalisation et à estimer la proportion de la population possiblement immunisée afin que l'on soit mieux préparés à une seconde vague. ».

Chaque participant a été contacté par téléphone par une infirmière dans les trois à cinq jours suivant le dépistage, selon un protocole prédéterminé. « L'infirmière n'annonce pas qu'un résultat; elle accompagne la personne, la laisse s'exprimer et répond à ses questions », explique Nathalie Houle. La confidentialité des résultats auprès de l'employeur a été assurée aux participants tout au long du projet. Un test positif contraint l'équipe de recherche à rapporter la COVID-19 comme maladie à déclaration obligatoire auprès de la Direction de la santé publique, une étape complétée le 18 avril.

#### LA FORCE DE L'EXPERTISE INFIRMIÈRE

Le projet DECOPA a mis de l'avant le leadership infirmier ainsi que la collaboration réussie entre les milieux de la recherche, de la gestion, de l'enseignement et de la clinique. Simon Chauvette souligne l'occasion extraordinaire qui lui a été donnée de développer ses connaissances cliniques et de recherche grâce à cet encadrement inédit sur le terrain. « Les infirmières veulent faire partie de la solution », rappelle Nathalie Houle, témoin de leur engagement et de leur rigueur durant l'étude. Lyne Cloutier salue le succès de la collaboration entre les professionnels et les membres de l'équipe, qu'ils soient commis de bureau, agents de sécurité, membres du personnel d'entretien ménager ou commissionnaires. Une publication dans une revue scientifique est prévue à très court terme. « Ce genre de projet offre de la visibilité à notre profession et prouve la force indéniable de l'expertise infirmière dans cette pandémie mondiale. » ●



**PENDANT QUE LA VIE DES CITOYENS  
EST SUR PAUSE...**

## PRISE DE POSITION DU SIDIEF SUR LA VACCINATION

# Les infirmières doivent protéger la santé des populations

Alors que la course au vaccin contre la COVID-19 mobilise mondialement les chercheurs, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) lance un appel aux membres de la profession quant au rôle crucial de la vaccination dans un document intitulé *Expertise infirmière : pierre angulaire des stratégies efficaces en vaccination*.

par Lyse Savard

Diffusée le 27 avril pendant la *Semaine mondiale de la vaccination*, la prise de position du SIDIEF rappelle l'importance de l'immunisation vaccinale. « La démarche émane des préoccupations exprimées par les participants internationaux lors de notre dernier Congrès à Bordeaux », précise Hélène Salette, directrice générale du SIDIEF.

L'écllosion de la COVID-19 présente un triste tableau d'un monde sans vaccin : décès, maladies, hospitalisations, confinement, dépression, faillite, solitude et deuil. Le bilan sera lourd tant qu'il n'y aura pas d'immunisation contre la COVID-19.

« La vaccination permet de prévenir annuellement deux à trois millions de décès. Elle pourrait en éviter 1,5 million de plus si la couverture vaccinale mondiale était améliorée », estimait en 2019 Jean-Claude Juncker, ex-président de la Communauté européenne.

Près de 20 millions d'enfants dans le monde reçoivent une vaccination incomplète ou ne sont pas vaccinés. Ils risquent de mourir de maladies qui peuvent pourtant être éradiquées. Le SIDIEF considère que la vaccination est une composante essentielle du droit humain à la santé. Il souhaite que le million d'infirmières et d'infirmiers francophones dans le monde soit un levier pour augmenter l'immunité vaccinale mondiale.

### ANTI-VACCIN

Les vaccins sont un moyen de prévention efficace et peu coûteux. Pourtant, les cibles ne sont pas atteintes. Dans plusieurs pays, la population n'a pas accès à la vaccination. Les raisons varient; elles sont économiques, politiques ou organisationnelles.

Dans les pays où la vaccination est offerte, les autorités de santé publique font face à de l'opposition. Ainsi, des informations non fondées et la crainte d'effets secondaires non démontrés menacent l'efficacité des programmes. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'hésitation face à la vaccination comme le fait de retarder ou de refuser une vaccination sûre malgré sa disponibilité. Elle évalue à près de 20 % la proportion de parents qui hésitent à faire vacciner leurs enfants dans des pays qui bénéficient d'une offre accessible.

Quelques infirmières québécoises n'échappent pas au mouvement. « Pour promouvoir la vaccination, les infirmières doivent d'abord se baser sur des connaissances scientifiques plutôt que sur leurs croyances personnelles, explique Hélène Salette. Ensuite, elles doivent être à l'écoute des personnes qui hésitent pour comprendre leurs réticences. En se basant sur leur formation professionnelle et sur une relation de confiance, les infirmières peuvent les aider à faire un choix éclairé. »



© Shutterstock / Baloom

# C'est dans l'ère

Huit dossiers à suivre avec soin + le hors série  
« Stopper la COVID-19 » > [oiiq.org/balado](http://oiiq.org/balado)



La profession infirmière est au cœur des stratégies de santé publique. Du fait de leur relation de proximité avec la population, les infirmières peuvent contribuer significativement à la réduction et au contrôle des maladies infectieuses. Le SIDIEF souhaite qu'elles soient proactives dans l'éducation et la promotion en matière de vaccination en soins périnataux, en santé scolaire et en santé au travail, ou encore auprès des personnes âgées.

***L'éclosion de la COVID-19 présente un triste tableau d'un monde sans vaccin : décès, maladies, hospitalisations, confinement, dépression, faillite, solitude et deuil. Le bilan sera lourd tant qu'il n'y aura pas d'immunisation contre la COVID-19.***

#### RECOMMANDATIONS

Parmi ses recommandations, le SIDIEF demande aux États de faire de la vaccination une priorité en assurant un accès adéquat et équitable aux vaccins. Il leur demande d'octroyer plus d'autonomie aux infirmières pour leur permettre de prescrire des vaccins et d'améliorer l'immunisation vaccinale.

Tous les membres de l'OIIQ peuvent procéder à la vaccination. « La profession infirmière du Québec peut être fière, croit Hélène Salette. Elle est un chef de file, la vaccination étant un acte infirmier inscrit dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, une activité qui nous appartient et que nous devrions étendre partout dans nos activités de prévention et de promotion de la santé », conclut-elle. ●

#### Encadré

#### CHANGEMENT CLIMATIQUE ET MOUVEMENT MIGRATOIRE

Selon l'OMS, plus d'un million de décès sont annuellement imputables à des maladies à transmission vectorielle. Le réchauffement climatique favorise leur éclosion. Il devient de plus en plus important d'assurer une couverture vaccinale contre ces maladies lorsque les vaccins existent. La mobilité augmente aussi les risques de propagation de maladies infectieuses. La COVID-19 illustre bien ce phénomène. L'immunisation déficiente ou absente des nouveaux arrivants peut poser un défi au pays d'accueil. Les éclosions de rougeole, d'oreillons et de diphtérie en sont un exemple.

#### RÉFÉRENCE

Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF). (avril 2020). «Prise de position – Expertise infirmière : pierre angulaire des stratégies efficaces en vaccination». Repéré à <https://sidiief.org/wp-content/uploads/2020/04/SIDIEF-Vaccination-Prise-position-2020.pdf>



**LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS  
N'ARRÊTENT PAS.**

# Tout simplement brillant

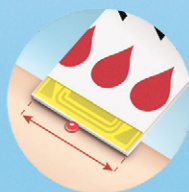
Faites le saut vers le système Accu-Chek® Guide pour faciliter la gestion du diabète de vos patients



97 % des patients trouvent que le système Accu-Chek Guide est très facile à utiliser<sup>1</sup>



Plus facile pour vos patients de retirer une bandelette à la fois



La surface d'application la plus large\* sur le marché



Accu-Chek Guide respecte et dépasse les normes ISO<sup>2</sup>

[accu-chek.ca](http://accu-chek.ca)

\* Parmi les principaux fabricants de l'industrie. Données disponibles.

**Références :** 1. Harvey C *et al.* Usability Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System with a Spill-Resistant Vial, Easier Strip Handling, and Connectivity to a Mobile App: Improvement of Patient Convenience and Satisfaction. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(5):1136-1141. 2. Brazg RL *et al.* New Generation Blood Glucose Monitoring System Exceeds International Accuracy Standards. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(6):1414-1415.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK GUIDE, SMARTPACK et MYSUGR sont des marques de commerce de Roche.  
© 2020 Roche Soins du diabète. CA-721



**ACCU-CHEK®**

# À PROPOS DES **maladies cardiovasculaires chez les femmes**

par **DALILA BENHABEROU-BRUN**,  
B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Au Québec en 2016, les maladies cardiovasculaires ont causé le décès de 5 124 femmes de plus de 65 ans contre 4 767 hommes du même groupe d'âge (INSPQ, 2018). De véritables différences biologiques existent entre les sexes, et elles ne sont pas toutes évidentes. Par exemple, la plaque s'accumule différemment dans leurs vaisseaux sanguins. Pourtant, les deux tiers des études cliniques sur les maladies cardiovasculaires portent sur les hommes (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020).

RÉPONSES EN PAGE 56

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>01.</b> Les femmes sont moins vulnérables que les hommes aux maladies cardiovasculaires.                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>02.</b> Anatomiquement et physiologiquement, le cœur d'une femme est identique à celui d'un homme.          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>03.</b> Les femmes ménopausées sont plus à risque de maladies cardiovasculaires que les autres femmes.      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>04.</b> Les signes cliniques de l'infarctus sont semblables chez les femmes et chez les hommes.             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>05.</b> Les femmes sous-estiment leurs facteurs de risque, ce qui les empêche de consulter.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>06.</b> La recherche et les traitements en cardiologie considèrent les hommes au même titre que les femmes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



# MERCI IIIII

POUR CE QUE VOUS ÊTES  
ET CE QUE VOUS FAITES.

Chaudière-Appalaches

## Des interventions efficaces pour lutter contre le délirium

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Le délirium est l'un des principaux syndromes rencontrés chez la clientèle âgée hospitalisée. La prise en charge de cette condition par des mesures de contrôle a été remise en question à l'unité de médecine de l'Hôtel-Dieu de Lévis du CISSS Chaudière-Appalaches. Deux infirmières cliniciennes, Lyne Girard et Saphyre Chamberland, ont implanté une approche non pharmacologique innovante et efficace.

### UN PROJET DE RECHERCHE CLINIQUE

Contrairement à la démence, le délirium est réversible, mais difficile à gérer. « Chez les personnes en délirium, on doit évaluer le niveau d'attention et l'état d'éveil en plus de l'orientation dans les trois sphères », souligne l'**assistante-infirmière-chef Saphyre Chamberland**. La personne âgée atteinte présente des symptômes comportementaux dont il faut déterminer les causes. « Nous avons choisi de former huit infirmières leaders qui ont agi comme mentors auprès du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé », explique-t-elle.

Appuyées par une équipe de recherche, les infirmières leaders ont rencontré les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. Saphyre Chamberland souligne qu'il a fallu les écouter, puis répondre à leurs interrogations sur le délirium. « Il n'est plus question d'administrer systématiquement des médicaments et d'avoir recours à des contentions », précise-t-elle.

Toutes les interventions proposées comportaient des stratégies de diversion et des algorithmes d'aide à la décision. Les infirmières et les autres professionnels ont appris à changer leurs critères d'observation du délirium, grâce à des formations basées sur l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA). Devant un comportement « dérangent », il faut prendre le temps de reconnaître un besoin non satisfait. « Faire marcher une personne dans le corridor ou l'accompagner aux toilettes constituent quelques solutions simples », explique Saphyre Chamberland. Elle se dit satisfaite d'avoir été à la tête d'un tel projet. « Cette recherche nous fournit encore la preuve que la pratique infirmière et les soins et services aux patients sont améliorés par des interventions dont l'efficacité est prouvée scientifiquement. »

### DES RÉSULTATS PROBANTS

En changeant leur perception du délirium et en développant leurs capacités d'analyse et de jugement clinique, les infirmières et infirmiers ont pu mieux répondre aux situations problématiques. Cela s'est reflété dans une documentation précise des évaluations et des actions lors de l'analyse des dossiers avant et après l'intervention. Les résultats ont démontré une diminution de la durée de l'épisode de délirium, du nombre de chutes, du recours aux médicaments et aux contentions et, enfin, de la durée d'hospitalisation. Cette recherche a contribué à un déploiement plus optimal du champ d'exercice infirmier, affirme Saphyre Chamberland. En plus d'améliorer la qualité des soins et les conditions de vie des personnes atteintes de délirium, ce projet a permis de répondre à une préoccupation grandissante sur les besoins réels des personnes hospitalisées. ●



« Cette recherche nous fournit encore la preuve que la pratique infirmière et les soins et services aux patients sont améliorés par des interventions dont l'efficacité est prouvée scientifiquement. »

Programme privilège de  
**ROGERS**

Profitez des données à l'infini sur le réseau de confiance au pays<sup>1</sup>

Optez pour un forfait Infini de Rogers et économisez sur les données illimitées à partager entre tous vos appareils.



NorCom  
514-904-0955 option 2  
Support@norcom.ca



1. Les forfaits de données Infini de Rogers comprennent 10 Go, 20 Go ou 50 Go de données à la vitesse maximale sur le réseau Rogers, les zones de Couverture étendue au Canada et les destinations Partout chez vous (consultez [rogers.com/partoutchezvous](http://rogers.com/partoutchezvous)). Au-delà du lot de données à vitesse maximale, vous continuerez d'avoir accès aux services de données, sans frais d'utilisation excédentaire, à une vitesse réduite pouvant atteindre 512 kbps (pour le téléchargement et le téléchargement), et ce, jusqu'à la fin de votre cycle de facturation en cours. Le courriel, la navigation web, les applications et le visionnement ou l'écoute en ligne continueront de fonctionner à vitesse réduite, ce qui altérera vraisemblablement votre expérience. Nous vous enverrons un message texte lorsque vous aurez utilisé 90 % du lot de données à vitesse maximale inclus dans votre forfait et un autre lorsque vous en aurez utilisé 100 % et vous donnerons la possibilité d'acheter un Accès Rapido pour ajouter des données à vitesse maximale à votre forfait. L'inscription à la facture en ligne est exigée pour ce forfait. Dans tous les cas, l'utilisation est assujettie aux Modalités de service et à la Politique d'utilisation acceptable de Rogers, consultez: [rogers.com/modalites](http://rogers.com/modalites). L'offre peut être modifiée sans préavis. Une vérification du titre d'employé est nécessaire. Rogers se réserve le droit d'exiger une preuve d'emploi de chaque employé responsable d'une ligne payée individuellement à tout moment. Des frais uniques de 50 \$ associés au tarif pour les employés peuvent s'appliquer pour les clients actuels. Les clients actuels ne peuvent pas profiter de ce rabais s'ils ont un abonnement à durée déterminée qui arrive à échéance dans 6 mois ou moins. Cette offre ne peut être jumelée à d'autres rabais ou offres promotionnelles à l'intention du grand public, à moins que Rogers en décide autrement. © Rogers et le ruban de Möbius ainsi que les marques et logos associés sont des marques de commerce, ou utilisées sous licence, de Rogers Communications Inc. ou d'une société de son groupe. © 2020.

Côte-Nord

## Une clinique infirmière au cœur du Cégep de Baie-Comeau

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Les stages en milieu clinique font partie intégrante des études en soins infirmiers. Christine Dufour, infirmière bachelière et enseignante au Cégep de Baie-Comeau, a eu l'idée de mettre sur pied une véritable clinique pour permettre à ses étudiantes de se préparer à leur future profession, mais également pour répondre aux besoins en santé de la population de la région de Manicouagan.

### UN STAGE INFIRMIER AU SERVICE DE LA COMMUNAUTÉ

Dans les milieux de soins habituels, une enseignante prend en charge un petit groupe de stagiaires. « Avec mes collègues, nous avons choisi de créer un nouveau milieu pour les étudiantes en dernière année afin de les plonger dans des conditions réelles de travail », explique Christine Dufour. La clinique-école est située au cœur du Cégep. Dans les locaux, partagés avec l'infirmière en santé scolaire, on a créé trois espaces dédiés à l'accueil, à la consultation et à l'entreposage du matériel.

Deux matinées par semaine, les stagiaires infirmières, en cinquième et en sixième sessions de formation, accueillent les étudiants, leur famille, ainsi que les employés du Cégep, dont plusieurs n'ont pas de médecin de famille et ne bénéficient pas du guichet d'accès aux soins. Les stagiaires mettent en pratique leurs apprentissages dans un environnement sécuritaire, sous la supervision d'une enseignante en soins infirmiers. Le premier objectif du projet est de permettre aux stagiaires infirmières de comprendre le champ d'exercice infirmier, et ses activités réservées, parmi lesquelles : évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; assurer la surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier; déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et traitements s'y rattachant; appliquer des techniques invasives; et effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. Le second objectif consiste à offrir des soins de santé à la communauté. « La clinique-école fait voir aux futures professionnelles l'étendue de leur champ d'exercice », résume Christine Dufour.



« La clinique-école fait voir aux futures professionnelles l'étendue de leur champ d'exercice. »

### PREMIÈRE CLINIQUE-ÉCOLE EN CÔTE-NORD

Dans la clinique-école, une stagiaire est encadrée par une enseignante. Grâce à cette dyade stagiaire-enseignante, l'accompagnement et la rétroaction sont personnalisés et immédiats. « Cela permet de mieux évaluer chaque finissante quelques mois avant sa sortie du Cégep », explique Christine Dufour. Les stagiaires affirment qu'elles se sentent plus sûres d'elles, plus autonomes et plus outillées pour faire leur entrée dans le monde professionnel. Les retombées sont nombreuses : amélioration de la formation et consolidation des connaissances théoriques et pratiques, développement et mise en pratique du jugement clinique, responsabilisation professionnelle et apprentissage du travail collaboratif avec l'infirmière scolaire et d'autres professionnels. En outre, les consultations données à la population offrent un accès supplémentaire aux soins de première ligne dans la région. Cette clinique-école a de quoi inspirer d'autres milieux d'enseignement en Côte-Nord et ailleurs au Québec. ●

# L'ÉTOFFE DES PROFESSIONNELS

 WHITE CROSS



[www.whitecross.quebec](http://www.whitecross.quebec)



## CENTRE SIDA AMITIÉ / CLINIQUE SANTÉ AMITIÉ

# Partenaires essentiels des personnes en situation de vulnérabilité

En misant sur l'expertise infirmière et la collaboration interprofessionnelle, le Centre Sida Amitié / Clinique Santé Amitié (CSA) offre des services de santé, de soutien et d'accompagnement aux personnes vivant avec le VIH/sida, les hépatites virales et autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), ainsi qu'à leurs proches.

par la FONDATION DE L'OIIQ

En janvier 2020, le CSA a pu compter sur le soutien de la Fondation de l'OIIQ en recevant le prix *Coup de cœur leadership*, accompagné d'une bourse de 25 000 \$. La Fondation a attribué cette bourse au CSA car il se distingue par son approche profondément humaine de soins et de services ainsi que par sa forte volonté de trouver des solutions pour répondre aux besoins de santé d'une population en marge du système de santé.

La Clinique Santé Amitié, intégrée aux services du CSA, est située à Saint-Jérôme, mais des patients de toutes les Laurentides et d'ailleurs ont la possibilité de pousser les portes de ce lieu unique et ouvert à tout le monde, même les plus démunis<sup>1</sup>.

### UNE CLIENTÈLE « INVISIBLE »

Orientée vers l'infectiologie communautaire, la clinique est plus spécifiquement accessible aux personnes souvent stigmatisées ou marginalisées, telles que des personnes sans domicile fixe, celles qui utilisent des substances, des travailleurs et travailleuses du sexe, des personnes issues des minorités sexuelles (LGBTQ+), ou encore des personnes souffrant de troubles de santé mentale – et leurs proches. « Il s'agit de personnes invisibles dans les statistiques des systèmes de santé, car elles ne consultent pas ou que très peu les ressources par peur d'être jugées ou parce que les structures ne répondent pas à leurs besoins spécifiques ni ne tiennent

compte de leur réalité », indique Hugo Bissonnet, directeur général du CSA.

Et des liens de confiance se créent. « Les intervenants de passage, comme les stagiaires, les personnes en préceptorat ou certains bénévoles, sont surpris du climat serein qui règne à la clinique malgré ces clientèles aux multiples étiquettes négatives. Ils découvrent des patients courtois, généreux de leurs histoires, reconnaissants de l'empathie du personnel et surtout fiables. » En 2018, la clinique a offert plus de 4 700 rendez-vous, en n'étant ouverte que 3,5 jours par semaine en raison de contraintes financières. Près de 1 600 vaccins contre les hépatites A et B, le VPH, certains pneumocoques et la grippe ont été administrés. En moyenne, on y effectue 2 500 dépistages d'ITSS par année.

« Nous offrons des soins de proximité sans jugement et nos patients nous font confiance car nous sommes dans une relation d'aide », souligne Isabelle Savard, IPS en soins de première ligne au CSA. Elle précise toutefois que la réalité et le degré de vulnérabilité varient d'un patient à l'autre. Il faut faire preuve d'ouverture d'esprit, mais également de flexibilité dans le désir d'aider. « Nous avons un rôle important d'accompagnement et d'enseignement auprès de nos patients, mais il faut faire preuve de flexibilité pour maintenir ce lien de confiance. Donc, on reçoit le patient même s'il arrive en retard à son rendez-vous. »

1. Le CSA est un des seuls organismes en santé et infectiologie communautaire au Québec. Reconnu pour son expertise unique tant dans les Laurentides qu'au Québec et même à l'échelle internationale, il est un membre actif de la COCQ-SIDA (Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le VIH-sida), de l'AIDQ (Association des intervenants en dépendances du Québec), de la Table provinciale en hépatite C, de l'AQCID (Association québécoise des centres d'intervention en dépendances) et du CATIE (Canadian AIDS Treatment Information Exchange).

#### PHOTOS

De gauche à droite,

JOANIE MÉTIVIER, éducatrice projet prévention surdoses

NICOLAS COURCY, éducateur Intervention ITSS LGBTQ

D<sup>r</sup> JEAN ROBERT, médecin spécialiste en microbiologie-

infectiologie et spécialiste en médecine communautaire

CYNTHIA VICKERS, éducatrice en réduction des méfaits,

projet prévention VIH-VHC

TARA ZEAGMAN, infirmière clinicienne,

en compagnie d'une patiente

#### MISER SUR LE PLEIN POTENTIEL DE L'INFIRMIÈRE AU BÉNÉFICE DU PATIENT

L'équipe du CSA est très fière d'avoir reçu le prix *Coup de cœur leadership* de la Fondation, car le Centre et sa clinique ne pourraient fonctionner sans l'expertise infirmière, explique Hugo Bissonnet. « Ce prix souligne l'engagement des infirmières et l'aspect essentiel de leur rôle à la clinique du CSA et pour la communauté des personnes "invisibles". » L'équipe en soins infirmiers est composée d'une infirmière clinicienne, d'une IPSPL et de cinq à dix infirmières bénévoles. Toutes mettent de l'avant une approche holistique et très humaine, exempte de jugement ni *a priori*. Elles bénéficient d'une grande autonomie de pratique pour assumer pleinement leurs activités réservées. Tous les nouveaux patients sont d'ailleurs accueillis et évalués par une infirmière.



HUGO BISSONNET  
Directeur général du CSA



ISABELLE SAVARD  
IPSPL

Le CSA soutient entièrement les initiatives infirmières laissant place au leadership et à la créativité et favorise la formation continue, la culture du savoir et l'interdisciplinarité. « Plus nous donnons de pouvoir aux infirmières, plus nous nous donnons des capacités d'action », fait valoir Hugo Bissonnet.

En 2018, l'IPSPL Isabelle Savard s'est ajoutée à l'équipe. Son exercice infirmier et les activités médicales qu'elle peut effectuer ont permis d'améliorer l'accès aux soins de première ligne pour les personnes marginalisées. En partenariat avec les autres membres de l'équipe, elle pratique des soins généraux de première ligne auprès de personnes qui n'en recevraient aucuns autrement. Elle peut pratiquer selon toute l'étendue de ses compétences et de son champ d'exercice, notamment auprès des patients transgenres. « Le CSA me soutient dans ma formation continue et m'offre du mentorat pour me permettre de développer des compétences spécifiques afin de répondre à des besoins criants dans la région », souligne Isabelle Savard.

# Je clique. Je donne. Nous soignons!

Chaque année, près de 30 000 infirmières et infirmiers

choisissent d'offrir un meilleur accès aux soins de santé à la population en contribuant à la Fondation.

Faites comme eux : misez sur l'expertise infirmière en faisant un don.

Campagne  
annuelle  
2020



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

Pour mieux  
soigner.

[fondationoiiq.org](http://fondationoiiq.org)

Tous les autres soins courants y sont prodigués grâce à la collaboration de deux médecins spécialistes en microbiologie médicale, infectiologie et santé communautaire, deux médecins de famille et des intervenants psychosociaux. Des services d'accompagnement et de prévention y sont aussi proposés en vue d'offrir des continuums de services complets.

L'équipe travaille dans un cadre interdisciplinaire où intervenants sociaux, infirmier auxiliaire, infirmières, IPSPL, pairs-éducateurs en réduction des méfaits, médecins de famille, médecins spécialistes ainsi que l'équipe administrative se rencontrent quotidiennement pour s'assurer d'offrir des soins et des services intégrés et concertés dans le but de répondre le mieux possible aux besoins des patients.

Les infirmières du CSA se déplacent également pour effectuer le dépistage d'ITSS, de la vaccination et des soins de santé aux personnes qui résident temporairement dans les centres de thérapie communautaires pour les dépendances, sans quoi elles ne recevraient pas de soins. « Au CSA, chaque professionnel travaille jusqu'à la limite de son champ d'exercice », ajoute Isabelle Savard.

#### ALLER ENCORE PLUS LOIN, ENSEMBLE

L'appui financier de la Fondation permettra aux infirmières œuvrant au CSA d'optimiser leur contribution, notamment en augmentant leurs heures de pratique. Les infirmières et l'IPSPL du centre envisagent d'atteindre davantage de personnes en situation de vulnérabilité en participant activement à des programmes de recherche, ainsi qu'à des conférences et des colloques sur les enjeux en infectiologie touchant les populations marginalisées.

En outre, comme le CSA a des attaches avec l'Université du Québec en Outaouais, l'Université du Québec à Montréal, l'Université de Montréal de même qu'avec les cégeps de Terrebonne et de Saint-Jérôme, il est devenu un milieu de formation pour les étudiantes et étudiants qui poursuivent une formation en soins infirmiers et en sciences infirmières. L'IPSPL Isabelle Savard ainsi qu'un médecin partenaire sont d'ailleurs tous deux professeurs. Quant aux infirmières du CSA, elles encadrent toutes des stagiaires dans une approche multidisciplinaire. ●



*La Fondation de l'OIIQ a pour mission de promouvoir l'avancement des sciences infirmières et des soins infirmiers au bénéfice des patients.*



## La surcharge de travail n'est pas dans ta tête.

Le problème, c'est l'organisation du travail et ça peut te rendre malade.

**Ensemble, nous avons le pouvoir d'agir.**



Centrale des syndicats  
du Québec

[sst.lacsq.org](http://sst.lacsq.org)



# MERCI!

d'être là au quotidien  
pour nous et nos familles

## Remerciements aux membres de l'OIIQ!

La Capitale rend hommage au professionnalisme  
et à la contribution exceptionnelle de tous les  
membres de l'OIIQ.

Nous vous remercions pour le dévouement et le courage  
dont vous faites preuve en tout temps pour veiller  
sur la population.

**Vous avez toute notre admiration et notre respect!**

[lacapitale.com/oiiq](https://lacapitale.com/oiiq)

La Capitale 

## Cas clinique MAWA

Jeune femme de 31 ans, Mawa a trois enfants âgés de huit, cinq et trois ans. Elle est installée au Québec depuis deux ans. Elle se présente dans un Groupe de médecine familiale (GMF) en compagnie de son conjoint qui l'y a conduite. Elle rapporte des insomnies fréquentes et un état de fatigue généralisée.

Vous réalisez un bilan de santé auprès de Mawa, celui-ci vous permet de constater un contexte de violence conjugale. Quelles seront les évaluations et les stratégies d'accompagnement à mettre en place?

# Violence conjugale et pratique infirmière

Reconnaître les expériences des femmes, soutenir les décisions, conseiller, aiguiller et faciliter l'accès vers les ressources.

## OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

### 01 RECONNAÎTRE

que la violence conjugale s'inscrit dans un continuum d'expériences de culpabilité, de victimisation et de pouvoir d'agir.

### 02 IDENTIFIER

les femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants.

### 03 ADOPTER

les bonnes pratiques concernant le dépistage précoce, le traitement immédiat, l'accompagnement, l'aiguillage vers les ressources d'aide professionnelle et communautaire ainsi que le suivi.

### 04 TRAVAILLER

en partenariat avec les femmes et avec les équipes multidisciplinaire et intersectorielle.

par **JUDITH LAPIERRE, inf., Ph. D.**, **GENEVIÈVE LESSARD, Ph. D.**, **LOUISE HAMELIN-BRABANT, Ph. D.**, **SYLVIE LÉVESQUE, Ph. D.**, **BILKIS VISSANDJÉE, inf., Ph. D.** et **NISRINE MOUBARAK, Ph. D. (cand.)**.

Alors que le Québec est plongé dans une pandémie sans précédent liée à la COVID-19, les préoccupations à l'égard des femmes vivant une situation de violence conjugale ou à risque de violence conjugale sont grandissantes. Des mesures de confinement ont dû être imposées par les gouvernements provincial et fédéral, qui déploient tous leurs efforts pour limiter la propagation du virus.

Or, distanciation physique et confinement ont une tout autre signification pour des personnes bénéficiant d'un soutien social limité ou vivant dans des conditions de vulnérabilité, celles-ci pouvant être exacerbées en contexte de violence conjugale (Canady, 2020; Grou, 2020). En plus des mesures de confinement découlant de cette crise sanitaire, une précarité financière engendrée par la perte d'un emploi, la peur liée à la pandémie et l'incertitude quant à l'évolution de celle-ci sont des déterminants associés à un stress considérable pour une famille (Grou, 2020; Société canadienne de psychologie, 2020). La présence constante du partenaire violent – alors qu'un des deux conjoints ou les deux sont en télétravail ou peuvent avoir

perdu leur emploi –, la protection des enfants ou tout autre raison ancrée dans les trajectoires et les expériences spécifiques de chaque femme (Perron, 2020) deviennent des défis lorsqu'il s'agit de chercher de l'aide et des ressources.

Les centres et les maisons d'hébergement se sont rapidement adaptés à de nouvelles procédures et mesures d'hygiène afin d'assurer un accueil respectueux et de confiance, tout en proposant, dans certaines maisons, une quarantaine initiale (Brazeau, cité par Collienne, 2020). Alors que le centre d'appels SOS violence conjugale connaît une hausse des appels de 10 % depuis le début de la pandémie, des refuges s'inquiètent parce que les demandes d'hébergement, elles, ne suivent pas cette hausse. L'Alliance des maisons d'hébergement de 2<sup>e</sup> étape pour les femmes et enfants victimes de violence conjugale a justement lancé une campagne de sensibilisation sous le thème «Voisinage contre la violence conjugale et familiale» (Collienne, 2020). Elle vise à avertir la population qu'il existe un risque de hausse de la violence durant les périodes de confinement.

Financés par le ministère de la Justice du Québec, des services de consultation gratuits auprès d'avocats sont proposés aux victimes de violence conjugale (1 844 312-9009). La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) peut être prévenue en tout temps si on soupçonne qu'un jeune de moins de 18 ans est exposé à de la violence conjugale (1 800 567-8520). Intervenant·es clés dans le soutien et l'accompagnement de femmes, les infirmières font face à des défis supplémentaires en matière de dépistage, de prévention, d'accompagnement et de suivi de qualité en contexte de pandémie en raison du confinement exigé par les autorités de santé publique.

Les femmes victimes de violence conjugale vont rarement consulter (Hanson et al., 2019). En revanche, elles ont recours aux services sociaux et de santé pour d'autres raisons tout au long de leur vie et sont soignées par des infirmières (McCarthy et Bianchi, 2019). Repenser l'offre et l'accessibilité des soins et des services en violence conjugale est essentiel. Des soins préventifs reposant sur les résultats probants et sur des recommandations d'experts de pratique sont essentiels à une réponse sociétale.

## QUELQUES CHIFFRES

En plus de constituer une grave violation des droits fondamentaux de la femme, la violence à l'encontre des femmes est un problème de santé publique mondial et d'ampleur épidémique (OMS 2013; World Health Assembly, 2014). Les données de l'Enquête sociale générale (ESG) récoltées en 2014 révèlent que 49 % de la population déclare avoir vécu de la violence au moins une fois durant les cinq dernières années précédant l'enquête (Burczycka, 2016). Il y est rapporté qu'une personne sur six (17 %) a indiqué avoir déjà été agressée par son conjoint (actuel ou ancien) à plus de dix reprises. Au Québec, en 2015, parmi les 19 406 victimes de crimes contre la personne commis dans un contexte conjugal, 79 % sont des femmes et 21 %, des hommes. Les femmes composent la totalité des victimes d'homicides (100 %) et d'enlèvements (100 %), et presque la totalité des victimes de séquestration (97,8 %) et d'agressions sexuelles (97,2 %). Plus précisément, près de 4 % des Québécoises rapportent avoir vécu de la violence conjugale, physique ou sexuelle, de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint dans les cinq dernières années (Ministère de la Sécurité publique, 2017). Or, seule une faible proportion (20 % à 25 %) des victimes dénonce la situation (Burczycka, 2016). En outre, les femmes victimes de violence ne se tournent pas d'emblée vers les services formels du réseau pour obtenir de l'aide (Sylaska et Edwards, 2014). Des obstacles comme la peur, la crainte de la stigmatisation et la crainte de perdre la garde de leurs enfants freinent la recherche d'aide (Garcia-Moreno, Guedes et Knerr, 2012; McCleary-Sills et al., 2016).

Environ 7 % des femmes canadiennes (Flores, Gravel et Lecours, 2017 à partir des données de l'ESG, 2014) ont rapporté avoir vécu au moins un incident de violence physique ou sexuelle de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint durant leur grossesse. Plus récemment, le rapport d'enquête *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018* indique que 11 % des mères d'enfants de six mois à cinq ans rapportent avoir été victimes de violence conjugale pendant la grossesse ainsi qu'au cours des deux années suivant la naissance de leur enfant (Lévesque et Julien, 2019).

La violence conjugale survenant plus particulièrement durant la période périnatale peut engendrer des conséquences négatives sur le développement du fœtus et du nourrisson (Agrawal, Ickovics, Lewis, Magriple et Kershaw, 2014). Les traumas abdominaux causés par de la violence physique et les infections sexuellement transmissibles découlant de la violence sexuelle ou de relations sexuelles forcées peuvent causer des dommages au placenta et une rupture prématurée des membranes (Hill, Pallito, McCleary-Sills et Garcia-Moreno, 2016). On constate aussi que les bébés nés de mères victimes de violence conjugale durant la grossesse ont un petit poids à la naissance (Bisson et Lévesque, 2017), obtiennent un score moins élevé au test d'Apgar et sont à risque de se retrouver dans une unité de soins intensifs (Silverman, Decker, Reed et Raj, 2006). Par ailleurs, les recherches indiquent qu'un contexte de violence conjugale nuit à l'établissement d'un lien affectif fort et durable entre la mère et son enfant (Buchanan, Power et Verity, 2014), tout en augmentant les risques de maltraitance envers l'enfant (Grasso et al., 2016). Enfin, des résultats probants font de plus en plus ressortir les risques de comportements coercitifs dans les relations entre jeunes adultes et entre adolescents lorsque ceux-ci ont vécu dans un contexte de violence conjugale (Lévesque, 2018; Lundgren et Amin, 2015; Miller, Jones et McCauley, 2018; Nagata et al., 2018).

Quant au portrait de la violence conjugale chez les populations autochtones, il se révèle fort préoccupant (Daoud, Smylie, Urquia, Allan, et O'Campo, 2013; Institut national de santé publique du Québec, 2018). L'identité autochtone n'étant en aucun cas un vecteur de violence conjugale, les conditions de vulnérabilité s'inscrivent plutôt autour d'une interaction complexe de déterminants sociaux de la santé, notamment des écueils d'accès à des services et soins de santé adaptés, des rapports de genre, des comportements à risque et une crise du logement inégalée (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019; Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, 2019; Leilani, 2019).

En contexte d'immigration, comme celui que vit Mawa, la violence conjugale peut relever d'enjeux croisés de rôles, de rapports de genre, de normes et de valeurs spécifiques au contexte socioculturel, ainsi que de la trajectoire d'immigration et d'intégration à une nouvelle société (Burczycka, 2016; Vissandjée, Short et Bates, 2017). Pour les femmes qui souhaitent s'extraire d'un environnement domestique et intime de violence, l'expérience et les observations en maison d'hébergement démontrent qu'une méconnaissance de leurs droits et un accès limité aux logements subventionnés viennent amplifier les défis auxquels elles font face. Ainsi, le risque plus élevé de violence conjugale est associé à un ensemble de facteurs. Bien que la violence conjugale ne soit pas un produit de l'immigration, le statut d'immigration (et non d'immigrante), le fait d'être réfugiée, demandeuse d'asile ou en réunification familiale peut constituer un facteur de risque. Certains déterminants du continuum d'immigration sont susceptibles de fragiliser les femmes à leur arrivée dans une nouvelle société d'accueil (Okeke-Ihejirika et al., 2018). En outre, une maîtrise insuffisante du français ou de l'anglais ou encore un réseau de soutien social restreint peuvent devenir des obstacles non négligeables à la recherche d'aide (Brisset et al., 2014; Okeke-Ihejirika et al., 2018).

En somme, la violence conjugale entraîne des conséquences physiques, émotionnelles et économiques préjudiciables pour les personnes elles-mêmes ainsi que pour les témoins, notamment les enfants exposés, qui sont aussi des victimes, et la société en général (Laforest, Maurice et Bouchard, 2018). Une pratique de pointe, de qualité et sécuritaire en contexte de diversité culturelle exige le développement d'un partenariat avec la femme, d'une démarche empreinte d'ouverture, d'humilité et de sensibilité culturelle, le renforcement, en formation initiale et continue, de compétences en interventions interculturelles et une connaissance pointue des ressources générales et spécialisées de la communauté.

### LE DÉPISTAGE PRÉVENTIF

Dépister et identifier les situations de violence conjugale constituent des étapes contribuant au bien-être ainsi qu'à la sécurité des femmes et de leurs enfants. Bien que les recherches sur les effets du dépistage ne concluent pas à des résultats unanimes, il s'avère important de privilégier une approche plus proactive que réactive et d'adopter une perspective humaniste, morale, éthique et sociale, où les valeurs de défense des droits et de justice sociale sont à l'avant-plan (Phaneuf, 2013; Spangaro, Zwi et Poulos, 2009).

Or, les écrits à ce jour démontrent qu'il existe une grande variabilité dans les pratiques de dépistage de la violence conjugale des professionnels de la santé (Alvarez, Debnam, Clough, Alexander et Glass, 2018). Alors que le dépistage sélectif est l'intervention courante selon la revue systématique de Alvarez, Fedock, Grace et Campbell (2017), celle par Spangaro (2017) illustre plutôt l'importance d'interventions dans un continuum de soins, allant de l'évaluation du risque jusqu'à l'élaboration d'un scénario de protection, en passant par le counseling, les interactions mères-enfants, la protection de l'enfance, ainsi que des formations auprès des femmes elles-mêmes et des intervenantes.

O'Campo, Kirst, Tsamis, Chambers et Ahmad (2011) proposent quatre conditions favorables au dépistage de la violence conjugale par l'infirmière : le soutien institutionnel, la présence de protocoles de dépistage efficaces, une formation initiale complète et continue, ainsi que la capacité d'orienter la femme vers des services d'aide tout en lui procurant un accès immédiat à ceux-ci.

### SOUTENIR LE DÉVOILEMENT

Les professionnels de la santé en première ligne peuvent occuper un rôle essentiel pour identifier les victimes de violence conjugale et assurer leur sécurité (Alvarez et al., 2017). Présents dans l'ensemble du réseau de la santé et exerçant dans des domaines de pratique variés, ils peuvent déceler les situations de violence conjugale. Ils interviennent tout au long du parcours de vie des individus à divers stades de la trajectoire de soins et auprès d'une diversité de personnes dans une pluralité de milieux (**Encadré 1**). Dans le champ d'exercice très large de l'infirmière défini par la

*Loi sur les infirmières et les infirmiers* se trouvent, entre autres, la prévention et les interventions cliniques favorisant la santé, l'approche globale, l'éducation à la santé, la prise en compte des composantes de l'environnement, une grande autonomie et une reconnaissance de son jugement clinique dans l'évaluation de l'état de santé d'une personne. Le cadre du bilan de santé du Guide Priorité Santé (GPS) (Gagné, Gilbert et Roberge, 2015) offre à l'infirmière une occasion d'intervention privilégiée en exigeant de sa part une évaluation aiguisée qui déterminera ensuite ses rôles d'éducation, de dépistage, d'identification et d'intervention.

En tant qu'activité réservée de l'infirmière, l'évaluation est essentielle à l'identification des besoins et des problématiques de santé, en partenariat avec la personne. L'évaluation constitue l'assise de l'exercice infirmier et requiert de poser un jugement clinique sur la condition physique et mentale d'une personne et d'en communiquer les conclusions (OIIQ, 2018). Sur la base de son évaluation, l'infirmière déterminera les besoins ou les problèmes qui requièrent un suivi, les priorisera et orientera les personnes vers d'autres professionnels. Quant à la surveillance clinique, elle est un processus d'évaluation clinique intentionnel tout au long d'un épisode de soins, de manière continue ou selon un intervalle déterminé, dont la suite des actions à entreprendre comprend la collecte, l'analyse et la synthèse attentives des paramètres cliniques de l'état physique et mental d'une personne ainsi que de ses antécédents personnels, en vue d'anticiper et de reconnaître les modifications de l'état clinique, d'en transmettre les résultats, et de prendre des décisions cliniques » (Doyon et Spycher, 2017).

Des aptitudes d'analyses justes et prudentes sont donc à développer, encore plus spécifiquement en contexte de violence conjugale (Doyon, 2018). En plus de l'évaluation et de la surveillance cliniques, les infirmières jouent un rôle crucial de coordination dans les équipes multidisciplinaires. Elles orientent au bon endroit, au bon professionnel et au bon moment, selon les besoins (Trabold, McMahon, Alsobrooks, Whitney et Mittal, 2020).

Depuis plus d'une décennie, la prise de position de l'OIIQ et les orientations pour la pratique infirmière en matière de violence conjugale guident la pratique clinique et psychosociale des infirmières (Thibault, 2004). Pourtant, encore trop peu d'infirmières vont inclure le dépistage de la violence conjugale dans leurs collectes d'informations et l'évaluation des besoins (Alvarez et al., 2017), en raison d'un malaise à intervenir et peut-être aussi par manque de formation quant au dévoilement de la violence conjugale. Si les outils de dépistage peuvent augmenter les probabilités d'identification des femmes victimes de violence conjugale, le dévoilement d'informations sensibles et personnelles relatives à l'expérience de la violence se fait généralement quand les relations avec les professionnelles et les intervenantes sont jugées suffisamment soutenantes et sécuritaires par la femme (Baird, Salmon et White, 2013), d'où l'importance de la qualité de la relation soignante.

#### Encadré 1 CONTINUUM DE SOINS EN CONTEXTE DE VIOLENCE CONJUGALE

- Promouvoir des relations harmonieuses et égalitaires auprès des jeunes, des adolescentes et des femmes avec lesquelles elles entretiennent des relations de soins
- Défendre des normes sociales égalitaires en matière de relations amoureuses
- Évaluer les facteurs de risque
- Réaliser un dépistage précoce
- Valider l'expérience et le vécu des femmes confrontées à la violence conjugale
- Reconnaître le potentiel d'exposition à la violence en fonction des signes et symptômes, ainsi que du vécu rapporté
- Évaluer la présence de signes, de retombées et le potentiel d'escalade
- Traiter les conséquences
- Accompagner la femme dans son cheminement personnel
- Diriger les femmes vers les ressources spécialisées
- Aiguiller vers les ressources communautaires d'hébergement
- Assurer le suivi des femmes

Source: conçu par les auteures.

**Encadré 2**  
**APPROCHE DE SOINS FONDÉS SUR LES FORCES : UN PARTENARIAT DE SOINS**

**CONTEXTE ET POSTURE PROFESSIONNELLE**

Comme l'expérience de la violence conjugale et son issue reposent en partie, pour la femme, sur le dévoilement à des proches ou à des intervenants, le contexte de la relation soignante et la posture professionnelle sont des éléments déterminants. La violence conjugale apporte une profonde prise de conscience (Déroff, 2015). En racontant à autrui, on se raconte à soi-même. Cette mise en mots peut s'avérer douloureuse et périlleuse en raison de la honte, des doutes dans le regard d'autrui et de la minimisation fortement ressentie. C'est pourquoi il est important d'adopter une approche de soins favorable à cette ouverture, sensible, sécuritaire et soutenant le pouvoir d'agir de la femme. La reconnaissance des forces, des ressources et des expériences de vie des femmes s'avère stratégique dans le processus de dévoilement.

**UN PARTENARIAT DE SOINS**

Plus encore que l'approche centrée sur la personne et l'autonomisation, les soins infirmiers fondés sur les forces engagent de façon soutenue un partenariat de soins égalitaire, et ce, à toutes les étapes de la relation soignante. Les interventions infirmières fondées sur les forces reconnaissent le pouvoir décisionnel de la personne, membre à part entière de l'équipe soignante et experte de son histoire et de son expérience de santé. L'infirmière adopte une posture où le respect, la confiance en la personne, l'empathie, la compassion et la bienveillance sont des ingrédients essentiels au développement de la relation de confiance. Par ce partenariat de soins, l'infirmière et la personne développent ensemble une alliance orientée vers un même but, fixé par un accord mutuel, le tout guidé par des valeurs spécifiques.

Source conçu par les auteures, à partir de Gottlieb, 2014.

On voit que la formation représente conséquemment un enjeu important (Colombini, Dockerty et Mayhew, 2017; Doran et al., 2019). L'expérience de la violence doit être comprise tant par les infirmières en formation que par celles qui sont en pratique, et tenue en compte tout au long du parcours de vie des femmes, comme le propose le GPS depuis 2014. À l'instar de plusieurs chercheurs et organismes de santé, nous adoptons cette perspective qu'un dépistage intégré à une pratique de routine en première ligne et

une intervention précoce basée sur une évaluation de facteurs de risque et indicateurs de dangerosité présentent des occasions permettant d'identifier les femmes victimes de violence conjugale et, ainsi, de contribuer à l'amélioration de la santé (Feltner et al., 2018; Kimel-Scott, Colleen, Rogers, Landis et Weil, 2018). Selon Knox (2018) et Alshammari, McGarry et Higginbotton (2018), il est essentiel de dépister les femmes vivant en contexte de violence conjugale et de les accompagner en leur facilitant

**DANS LE  
CONTEXTE ACTUEL,  
IL EST PRIMORDIAL  
DE SOUTENIR  
LES PERSONNES  
PROCHES  
AIDANTES.**

**Saviez-vous qu'il existe des services pour les soutenir?**

L'Appui peut vous épauler dans le cadre de votre pratique, en offrant notamment un point d'accès unique aux ressources et informations **destinées aux proches aidants d'ainés** que vous rencontrez.

Dirigez-les vers le **service Info-aidant**. Nos conseillères et conseillers offrent un **accompagnement personnalisé, confidentiel et gratuit** aux proches aidants d'ainés.

**INFO-AIDANT**  
ÉCOUTE-INFORMATION-RÉFÉRENCES  
**1 855 852-7784**  
info-aidant@lappui.org  
**LAPPUI.ORG**

**L'APPUI** POUR LES PROCHES AIDANTS D'AINÉS

***Vous êtes là pour eux,  
nous sommes là pour vous.***

l'accès aux ressources, comme l'exige une pratique éthique (Palmer, Yelland et Taft, 2011).

Un accompagnement infirmier, des soins fondés sur les forces (Gottlieb, 2014) et une approche interdisciplinaire permettent, avec les femmes, de favoriser un cheminement en vue du dévoilement, et ce, jusqu'à l'abandon d'un partenaire violent en toute sécurité, sans omettre les diverses démarches possibles comme rechercher de l'aide psychologique et entreprendre des actions juridiques (Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho et Wood, 2020). Ces auteurs soulignent que la décision de prendre des mesures n'est pas un processus linéaire. Ils invitent les infirmières à se concentrer sur la complexité du processus d'aide à la décision et sur les déterminants qui influencent l'expérience de vie de la femme. Cette stratégie permet une évaluation réaliste de la situation, plutôt qu'une interprétation de certains éléments qui pourrait entraîner des hésitations chez certaines femmes.

#### ACCOMPAGNER LA FEMME VICTIME DE VIOLENCE : FONDEMENTS DE L'APPROCHE DE SOINS

##### Soins fondés sur les forces (Gottlieb, 2014)

Les soins infirmiers fondés sur les forces désignent une approche globale se concentrant sur ce qui fonctionne bien dans les familles et tenant compte des ressources dont elles disposent afin de faire face plus efficacement aux événements de la vie, à la maladie et aux défis rencontrés. La pertinence de cette approche en matière d'intervention en violence conjugale repose sur quatre éléments : la posture professionnelle, le caractère partenarial de l'approche, les

valeurs et l'accent sur les forces (**Encadré 2**). Quand on parle des forces, on fait référence aux qualités et attributs de la personne, à ses ressources internes (réseau immédiat, amis, famille) et ses ressources externes (voisinage, maisons d'hébergement, organismes à but non lucratif, entreprises d'économie sociale, etc.).


#### Guide Priorité Santé (GPS) (Gagné, Gilbert et Roberge, 2015)

Le GPS vise à soutenir les soins de santé primaires auprès d'une clientèle adulte. Il propose une perspective de santé globale pour aborder la violence conjugale en effectuant un bilan de santé et des divers déterminants de la santé. Outil novateur en santé préventive, il priorise l'évaluation des besoins de santé, l'initiation des mesures préventives et les interventions de soins.

#### DÉMARCHE CLINIQUE PRÉVENTIVE : ÉVALUER, INTERVENIR ET ACCOMPAGNER

À partir de la situation de santé et de l'expérience de Mawa, une série d'interventions cliniques et psychosociales fondées sur les forces est proposée. Une perspective intersectionnelle dont les priorités sont tirées du GPS sera intégrée. L'OIIQ propose quatre activités essentielles au dépistage précoce de la violence conjugale : 1) l'évaluation des facteurs de risque et des indices; 2) l'évaluation des risques pour la sécurité; 3) l'intervention immédiate auprès des femmes et des enfants; et 4) la consignation de toute l'information pertinente (Thibault, 2004).

Savoir déceler des situations de violence conjugale exige de mieux en comprendre les bases, d'apprendre à adopter une



**SOINS  
INTERMÉDIAIRES**  
Placement en milieu de la santé

**FAITES PARTIE D'UNE ÉQUIPE GAGNANTE**

**NOUS EMBAUCHONS**

- Tout le Québec
- Grand Nord
- International (Qatar, Dubaï...)

**CONDITIONS ET SALAIRE AVANTAGEUX**

514-369-2424 | [info@soinsintermediaire.com](mailto:info@soinsintermediaire.com) | [www.soinsintermediaires.com](http://www.soinsintermediaires.com)

### Encadré 3 FACTEURS DE RISQUE RÉELS OU POTENTIELS

- Jeune âge
- Faible revenu ou statut socioéconomique précaire
- Faible niveau de scolarité
- Être séparée ou divorcée
- Mauvais traitements durant l'enfance
- Dépression
- Consommation ou abus de drogues et d'alcool
- Tolérance
- Victimisation antérieure
- Écart de scolarité entre les conjoints
- Nombre d'enfants
- Grossesse
- Conflits conjugaux ou insatisfaction conjugale
- Rapports de pouvoir et inégalités entre les hommes et les femmes
- Systèmes de croyances culturels et religieux
- Rôles et normes de genres traditionnels

Source : INSPQ, 2020. Trousse Média sur la violence conjugale : Facteurs de risque.

posture réflexive, de renforcer ses compétences et d'inclure dans l'évaluation les risques potentiels ou réels ainsi que les conséquences de la violence conjugale. La gravité de la situation, les décisions prises par la personne, de même que les besoins et les préférences exprimés par la femme vont définir les orientations des interventions.

#### ÉTAPE 1 : faire connaissance

- 1.1 Accueillir la personne, se présenter et assurer la sécurité et la confidentialité de l'échange sur le bilan de santé en toute intimité et en l'absence du conjoint. Cependant, avant de poser des questions à la femme en toute confiance, il est possible de travailler également auprès du conjoint qui peut être réticent à quitter la salle de consultation, devenir agressif, ou chercher à connaître les propos échangés en son absence.
- 1.2 Adopter une attitude ouverte, empathique et respectueuse de l'autonomie de la personne et reconnaître que les rôles sociaux attribués aux femmes ou adoptés par elles peuvent varier en fonction de la culture;
- 1.3 Explorer le niveau d'aisance de la personne à échanger avec vous sur sa situation, son contexte de vie et ses ressources.

Quatre questions peuvent être utiles :

- *Mawa, vous arrive-t-il de vivre des conflits importants avec votre partenaire ou quelqu'un d'autre de votre entourage immédiat?*
- *Si oui, comment vous y prenez-vous pour régler ces conflits entre vous? »*
- *Qu'arrive-t-il quand vous ou votre partenaire êtes en colère?*
- *Y a-t-il des situations où vous avez peur de votre partenaire?*

- 1.4 Si la femme a répondu oui à ces questions, que les conflits semblent basés sur le pouvoir et le contrôle plutôt que sur des disputes, et que la femme dit vivre de la peur et de l'insécurité, poursuivez l'échange en procédant à une analyse pour mieux comprendre sa situation. Cette analyse peut s'appuyer sur quatre critères : le type d'agression, le gain recherché, l'impact et l'explication. Une analyse sous l'angle de la répétition et du partage du pouvoir permet aussi de déterminer s'il s'agit de disputes ou de violence (Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, 2012). Ensuite, l'infirmière identifie les qualités et les forces de la personne. Gottlieb (2014) suggère huit stratégies : 1. rechercher les forces; 2. prendre conscience de sa première impression; 3. capter, reconnaître et remarquer les forces; 4. se mettre en phase avec la personne; 5. poser des questions directes sur les forces; 6. utiliser un génogramme et une écocarte; 7. faire des compliments; 8. rechercher des forces développées grâce à la capacité de relever des défis par le passé.

Voici un aperçu du type de questions permettant d'identifier les forces de la personne et de sa famille :

- *Acceptez-vous d'échanger plus en profondeur sur la situation?*
- *Est-ce arrivé par le passé que vous ayez dû quitter le foyer par peur?*
- *Que faites-vous dans ces moments?*
- *Quelles sont vos ressources actuelles pour composer avec la situation?*

Si les réponses laissent soupçonner que la personne est victime de violence, poursuivre avec les étapes suivantes.

#### ÉTAPE 2 : évaluer

- 2.1 Évaluer les facteurs de risque réels ou potentiels (Encadré 3). L'évaluation des facteurs de risque doit être réalisée même si la femme a répondu par la négative à l'une des deux premières questions précédentes. Mawa présentait quelques facteurs de risque : précarité financière, niveau de scolarité limité, conflits conjugaux exprimés, forme de pouvoir observée au début de l'entrevue clinique avant que le conjoint ne quitte la salle; immigration récente, rôles et normes de genres pouvant différer du contexte québécois.
- 2.2 Évaluer la présence d'indices de violence conjugale (Lévesque et Laforest, 2014). Il arrive souvent que la femme présente des troubles fonctionnels pour lesquels des causes médicales identifiables sont rarement trouvées. Il peut s'agir de signes physiques (blessures à la tête, au visage, au cou, aux seins et à l'abdomen; lésions semblant ne pas résulter d'un accident; présence de plusieurs blessures mineures à différents stades de guérison; maux de tête, insomnie, hyperventilation, douleurs gastro-intestinales, thoraciques et dorsales, tympan perforé), de comportements (toxicomanie, alimentation déficiente, repli sur soi, isolement social) et de symptômes divers (stress, anxiété, dépression, syndrome de stress post-traumatique, etc.). Mawa ne présente pas de signes physiques mais plutôt des symptômes. Ceux-ci sont la raison pour laquelle elle est venue consulter, en plus de son bilan de santé. Elle vit de l'isolement social. Elle s'est confiée à propos d'une période, l'année dernière, où elle a vécu temporairement dans un hébergement pour femmes victimes de violence, avant de retourner vivre au domicile familial avec son conjoint en l'absence de ressources financières et sociales suffisantes pour subsister seule.
- 2.3 Explorer la perception de la personne face à la situation et les ressources dont elle dispose, tant dans sa vie personnelle que sociale et professionnelle, tout en affirmant, d'une part, que la violence conjugale est un crime et, d'autre part, qu'elle n'en est pas responsable.

Tableau 1  
LE CYCLE DE LA VIOLENCE

<b>CLIMAT DE TENSION</b>	L'agresseur vise à semer le doute, la peur et un sentiment d'incompétence chez la victime.
<b>CRISE</b>	Violence verbale, psychologique, physique, qui entraîne un sentiment d'humiliation, de désespoir ou de colère chez la victime.
<b>JUSTIFICATION</b>	L'agresseur minimise son comportement, se déresponsabilise; la victime se sent responsable de la violence qu'elle subit.
<b>RÉCONCILIATION</b>	L'agresseur exprime des regrets, promet de ne plus recommencer; la victime conserve l'espoir que l'agresseur peut changer.

Source: adapté de Secrétariat à la condition féminine du Gouvernement du Québec, 2020: Cercle de la violence.

Tableau 2  
LES TYPES DE VIOLENCE

<b>VIOLENCE VERBALE ET PSYCHOLOGIQUE</b>	Propos méprisants visant à insulter, dégrader, humilier; harcèlement; isolement social; contrôle sur la vie quotidienne et sociale.
<b>VIOLENCE PHYSIQUE</b>	Utilisation intentionnelle de la force physique, d'objets ou d'armes pour blesser.
<b>VIOLENCE SEXUELLE</b>	Contraindre la personne à avoir des activités sexuelles ou des contacts sexuels.
<b>VIOLENCE ÉCONOMIQUE</b>	Priver la personne des ressources économiques nécessaires.

Source: adapté de Secrétariat à la condition féminine du Gouvernement du Québec, 2020: C'est quoi au juste..

- Comment percevez-vous la situation actuelle avec votre conjoint?
- Vous savez, Mawa, personne ne mérite un tel traitement. Vos décisions seront respectées et vous obtiendrez mon écoute et mon soutien.
- Il y a des options et des ressources pour vous et vos enfants.

Si la suspicion concernant le climat actuel persiste, poursuivre l'échange d'information sur la violence conjugale.

- Vous affirmez avoir déjà habité en maison d'hébergement. Que savez-vous du cycle de la violence? On l'aborde généralement durant l'hébergement.

- Accompagner la personne dans sa réflexion afin de lui faire prendre conscience du fait qu'elle vit de la violence.
- Prendre position contre la violence tout en respectant le rythme d'acceptation de la personne
  - Il ne faut pas se sentir responsable du comportement violent de votre conjoint.
  - Je vous crois.
- Évaluer le contexte entourant le cycle de la violence et de prise de contrôle par l'auteur de la violence et discuter avec la femme de son expérience du cycle de la violence (Tableau 1).
- Évaluer la présence et l'intensité du caractère répétitif et l'émergence d'une spirale ascendante (escalade) en posant des questions sur la fréquence et l'intensité des actes violents, tout en observant si la femme ressent un sentiment d'incompétence ou de responsabilité, ou encore semble minimiser la dangerosité de la situation. Ces sentiments devraient vous alerter sur la présence d'un cycle répétitif et potentiellement dangereux.
- Évaluer la présence et le risque de certains types de violence ancrés dans des contextes socioculturels spécifiques (Boëls, 2015; Jimenez, Cousineau, Tanguay et Wahba, 2016; Vissandjée, Migliardi, Denetto et Proctor, 2013) (Tableau 2).

Les épisodes de violence envers Mawa semblent s'accroître depuis que le conjoint a perdu son emploi et qu'il consomme de l'alcool.

- Vous sentez-vous parfois humiliée? Subissez-vous des insultes fréquentes, des comportements intimidants ou de la jalousie de la part de votre partenaire? Surveille-t-il votre téléphone?
- Vous arrive-t-il de ne pas vous sentir en sécurité ou d'avoir peur de votre partenaire ou de quelqu'un d'autre?
- Votre partenaire ou quelqu'un d'autre vous a-t-il déjà blessée, poussée ou maltraitée?

Après évaluation, il est établi que Mawa vit de la violence psychologique, verbale et économique.

- Ce serait important qu'on échange sur la situation des enfants dans ce contexte. Acceptez-vous qu'on en discute?

**Des soins infirmiers fondés sur les forces et culturellement sécuritaires soutiennent une démarche clinique qui facilite l'identification des femmes victimes et favorisent leur sécurité, tout en renforçant leur pouvoir d'agir.**

#### Enfants exposés à la violence conjugale

En raison du climat familial instable, insécurisant et tendu qui caractérise leur quotidien, tous les enfants vivant dans une famille marquée par la violence conjugale sont considérés comme ayant été exposés, qu'ils aient été ou non des témoins directs de la violence (Holden, 2003). L'exposition à la violence conjugale est de plus en plus reconnue comme une forme de violence psychologique indirecte envers les enfants (Holden, 2003; *Loi sur la protection de la jeunesse*). C'est aussi l'une des formes de maltraitance les plus souvent prises en charge par les services de protection de l'enfance au Québec et au Canada (Hélie, Collin-Vézina, Turcotte, Trocmé et Girouard, 2017). Selon une récente enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec, un enfant sur 15 (7 %) a été exposé, dans l'année précédente, à une forme de violence conjugale à l'endroit de sa mère (Clément, Julien, Lévesque et Flores, 2019). La séparation des parents ne met pas toujours un terme à la violence conjugale, et expose ainsi l'enfant à d'autres situations de violence.

En plus du climat de peur et de tension, les aspects qui caractérisent généralement l'expérience des enfants exposés sont : 1) le lourd secret familial qu'ils portent; 2) les conflits de loyauté qu'ils peuvent vivre, c'est-à-dire le sentiment de devoir prendre position pour l'un ou l'autre de ses parents; 3) le fait qu'ils se sentent bien souvent responsables de la violence à laquelle ils sont, malgré eux, exposés; et 4) les responsabilités que certains d'entre eux assument mais qui reviennent généralement à un parent, comme la protection de la fratrie, la préparation des repas, la gestion du budget familial ou la consolation d'un parent. On parle alors d'enfants parentifiés (Byng-Hall, 2007).

L'Encadré 4 donne une idée des conséquences possibles de la violence conjugale chez les enfants exposés. Malgré la gravité de ces conséquences, les enfants ne doivent pas être perçus uniquement comme des victimes passives. Ils déploient différentes stratégies pour tenter de composer avec la dynamique familiale (Lessard, Hamelin-Brabant, Bisson, Alvarez-Lizotte et Dumont, 2019). D'ailleurs, les points de vue et stratégies des enfants exposés constituent l'un des six facteurs qui influencent leur adaptation (Camacho, Ehrensaff et Cohen, 2012; Cater, Miller, Howell et Graham-Bermann, 2015; Fortin, Doucet et Damant, 2011) et sur lesquels on peut agir dans l'intervention.

Si la femme accepte d'échanger, poursuivre la discussion.

- Vous avez mentionné avoir trois enfants, parlez-moi d'eux, de leur âge, de leur personnalité. Comment composent-ils avec la situation de violence à la maison ?
- Dans quelle mesure diriez-vous que les enfants ont été exposés aux différentes formes de violence ?

Rechercher des éléments associés à la fréquence, à la durée et à la gravité de l'exposition à la violence.

- Selon vous, quelle est votre perception de la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec vous? Et avec leur père?
- Quelles sont les personnes significatives autres que vous deux dans l'environnement des enfants?

2.9 Évaluer les répercussions possibles chez les enfants exposés à de la violence conjugale.

- Avez-vous remarqué des changements dans les comportements et les attitudes des enfants lorsque vous vivez des épisodes de violence?
- Est-ce que vous avez remarqué chez eux la présence de troubles ou de réactions psychosomatiques, par exemple, des maux de tête, de ventre? La présence de troubles émotionnels (anxiété, peur, faible estime de soi)? De troubles cognitifs (retard de développement du langage et cognitif, baisse du rendement scolaire, difficultés de concentration)? De troubles comportementaux (excès de colère et d'agressivité, irritabilité)?

# INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS NOMADES RECHERCHÉS!



## À Héma-Québec, les infirmiers voient du pays.

Chaque jour, nos équipes parcourent la province à la rencontre de milliers de donateurs.

L'aventure vous tente? Joignez-vous à nous!

[www.hema-quebec.qc.ca](http://www.hema-quebec.qc.ca)



HÉMA-QUÉBEC

#### Encadré 4

#### CONSÉQUENCES POSSIBLES DE L'EXPOSITION À LA VIOLENCE CONJUGALE – EXEMPLES

- Santé physique : pour la femme enceinte, naissance prématurée, décès ou complications néonatales, faible poids à la naissance ou retard du développement physique; pour toutes femmes, troubles du sommeil ou de l'alimentation, plaintes somatiques, allergies, entre autres (INSPQ, 2018).
- Santé mentale et fonctionnement social : anxiété, dépression, stress post-traumatique, agressivité, manque d'habiletés en résolution de conflits, délinquance, problèmes de consommation de drogues ou d'alcool, faible estime de soi, tentatives de suicide, entre autres (INSPQ, 2018).
- Développement cognitif et scolaire : retard cognitif ou langagier, problèmes de concentration, difficultés d'apprentissage, décrochage scolaire, troubles de l'adaptation graves intériorisés et extériorisés, état de stress post-traumatique, agressivité, anxiété et faible estime de soi (Buchanan et al., 2014; Kelly et Johnson, 2008; Lawrence, Orengo-Aguayo, Langer et Brock, 2012; McMahon et al., 2011).
- À moyen et long termes : reproduction de la violence ou de la victimisation dans ses relations amoureuses à l'adolescence ou à l'âge adulte.

Source : Laforest, Maurice et Bouchard, 2018.

Sans la culpabiliser ou la juger, informer la mère de sa responsabilité d'assurer le développement et la sécurité de ses enfants. L'informer aussi de l'impact sur eux de la violence conjugale.

- *Votre conjoint est aussi responsable d'assurer la sécurité et le développement de vos enfants. Mais s'il compromet leur sécurité et la vôtre, il vous revient d'assurer votre sécurité. Pour se sentir en sécurité, vos enfants ont besoin que vous-même soyez en sécurité. Votre conjoint est le seul responsable de ses comportements. Et vous, vous êtes responsable de votre sécurité et de celle de vos enfants.*

Précisons qu'il est tout aussi important d'intervenir auprès des enfants et de les accompagner. Idéalement, le plan d'accompagnement comprend donc des suivis de santé et des dimensions sociales auprès des enfants.

- *Si vous acceptez, je serais heureuse de les rencontrer lors d'un prochain rendez-vous pour comprendre ce qu'ils vivent, surtout les plus grands. Vous savez, leurs préoccupations vont permettre de mieux comprendre les impacts de la dynamique familiale sur eux. Souvent, les enfants peuvent ressentir de la culpabilité ou de la honte. Ils ont leur propre*

*façon de réagir à la situation. Un espace de partage, en toute confiance, leur permettra de se confier et d'exprimer leurs émotions. Mes collègues travailleurs sociaux et psychologues pourraient aussi rencontrer les enfants. Tout cela pourra nous aider à mieux vous accompagner et à répondre à vos besoins.*

#### ÉTAPE 3 : plan d'accompagnement préventif (adapté au parcours et aux préférences de la femme)

- 3.1 Évaluer les risques pour la sécurité de la personne et déterminer le degré de dangerosité de la situation ou du risque imminent (homicidaire, suicidaire, sécurité des enfants compromise). Trois éléments permettent d'évaluer la dangerosité (Flitcraft, 1995) : l'historique des blessures, le sentiment de non-liberté et la peur ressentie.
  - *J'aimerais, si vous me le permettez, vous poser quelques questions concernant votre sécurité. Êtes-vous d'accord à ce qu'on explore quelques éléments, qui peuvent s'appliquer ou non à votre situation, afin de nous permettre de planifier la suite, pour votre sécurité et celle de vos enfants? (Voir la liste des indicateurs de dangerosité à l'Encadré 5.)*

#### Encadré 5

#### INDICATEURS DE DANGÉROSITÉ

##### Évaluer la présence ou non de ces indicateurs :

- Crainte pour sa sécurité et celle des enfants
- Rupture de moins de trois mois ou rupture antérieure/retour
- Retour imminent au domicile nécessaire pour récupérer des effets alors qu'une rupture est en cours
- Sentiment d'ambivalence chez la femme
- Fatalisme face à l'issue
- Intensité des incidents en augmentation dans la dernière année
- Menaces antérieures d'atteinte à la vie et aux enfants verbalement ou par écrit, utilisation antérieure d'armes ou de menaces armées
- Présence de comportements de harcèlement
- Consommation de drogue ou d'alcool
- Tentatives évidentes de contrôle
- Accès du conjoint à une arme à feu
- Tentative antérieure de suicide par le conjoint ou menace à cet égard
- Présence de troubles de santé mentale
- Réaction négative de l'ex-partenaire à la séparation et, s'il y a lieu, à la présence d'un nouveau partenaire
- Présence de comportements de coercition ou de harcèlement
- Menaces envers l'entourage de la personne

Source : Lapointe, Robitaille, Lévesque et Lessard, 2018.

Voici des questions-types sur lesquelles vous pouvez vous appuyer à cette étape (Groupe de travail sur la VPI, 2005) :

- À quel moment la violence a-t-elle débuté?
- À quelle fréquence subissez-vous de la violence?
- La fréquence et la gravité de la violence se sont-elles accrues au cours de la dernière année?
- Vous êtes-vous récemment séparée de votre partenaire ou avez-vous récemment cessé de le fréquenter?
- Avez-vous déjà senti que votre sécurité physique ou même votre vie était en danger?
- Votre partenaire a-t-il déjà tenté ou planifié de se suicider?
- A-t-il accès à des armes? Celles-ci se trouvent-elles à la maison?
- A-t-il des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie?
- Est-il violent à l'extérieur de la maison?
- Cherche-t-il à blesser les animaux de compagnie de la famille?

La présence de ces risques accroît la probabilité qu'un homicide conjugal puisse survenir.

- 3.2** Si la femme vous dit considérer l'option de rompre définitivement ou de dénoncer, utiliser l'aide à la décision et la prise de décision partagée pour soutenir le pouvoir d'agir de la femme, selon son contexte. Celle-ci peut utiliser un [guide personnel d'aide à la décision](#). La femme pourra ainsi amorcer un exercice réflexif et revenir échanger avec l'infirmière à l'aide du guide partiellement rempli.

- 3.3** Élaborer avec la femme un scénario de protection (Secrétariat à la condition féminine, 2019).

- *Que diriez-vous si on envisageait de développer ensemble un plan de sécurité pour vos enfants et vous, dans l'éventualité où la situation se dégraderait rapidement? Avec un plan, vous pouvez prendre le temps de poursuivre votre réflexion à la maison, mais vous vous assurez de pouvoir quitter de façon sécuritaire et avec tous vos documents importants si nécessaire. Êtes-vous d'accord?*

**3.3.1** Conseiller à la femme de garder une valise, une boîte ou un sac dans un endroit facile d'accès. Il faut recommander de garder à portée de main les documents suivants : actes de naissance, cartes de citoyenneté, passeports, cartes d'assurance sociale et d'assurance maladie, dossiers d'immunisation, permis de conduire, rapports d'impôts, avis de cotisation, bail, reçus de paiement de loyers ou d'hypothèque, photo du conjoint (pour une déclaration) et carte bancaire, si possible. Prévoir aussi la médication, ainsi que des jouets familiaux.

**3.3.2** Explorer le réseau de soutien, par exemple à l'aide d'une écocarte facilitant le repérage des forces et des limites du réseau de la femme. En ce qui concerne Mawa, son contexte d'immigration requiert une attention particulière, compte tenu de sa trajectoire migratoire et des déterminants associés.



 [www.tulattavik.com](http://www.tulattavik.com)

## Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

La passion du Grand Nord

**Le travail offert**

TEMPS COMPLET OU TEMPORAIRE.

UN CENTRE DE SANTÉ ET SIX POINTS DE SERVICES AU SEIN DE NOS SEPT COMMUNAUTÉS INUITES.

FORMATION DE BASE ET CONTINUE.

APPRENTISSAGE PROGRESSIF AU TRAVAIL EN DISPENSAIRE - POINT DE SERVICE.

PRIME D'ÉLOIGNEMENT, D'INSTALLATION, DE VIE CHÈRE ET SUPPLÉMENT SALARIAL EN POINTS DE SERVICES.

AFIN DE DÉCOUVRIR L'ÉTENDUE D'UN OCÉAN, IL FAUT ÉLOIGNER LES YEUX DU RIVAGE !

**VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !**

 @Tulattavik

recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 1 877 893-7646

**3.3.3** Conseiller à la femme d'informer un membre de la famille ou encore un ami fiable et soucieux du bien-être de la femme et de ses enfants, tout en prévoyant l'appui d'un voisin disposé à communiquer avec le 911 en présence de signes de violence.

**3.3.4** Lui conseiller d'ouvrir un compte bancaire séparé, à son nom, et de s'assurer d'envoyer les relevés bancaires à une autre adresse (celle d'un ami ou d'un membre de la famille).

**3.3.5** Lui conseiller de vérifier la somme apparaissant au compte conjoint, le cas échéant, dans l'éventualité où elle devrait en retirer une partie rapidement.

**3.3.6** Lui conseiller d'identifier un lieu de rencontre pour retrouver les enfants, si un incident survenait. Lui recommander d'enseigner aux enfants à composer le 911 s'ils se sentent en danger ou si une situation d'urgence survient (coups, blessures, etc.).

**3.3.7** S'il y a lieu de croire que la sécurité et le développement des enfants sont compromis, demander à la femme de signaler la situation au Directeur de la protection de la jeunesse. Si elle refuse malgré les conclusions de votre évaluation suggérant la nécessité de dénoncer la situation, faites-le selon le protocole en place.

**3.3.8** Lui conseiller de revoir régulièrement son plan de sécurité. Valider à nouveau la pertinence des divers conseils qui lui sont fait à la lumière de l'évolution de ses réflexions et de ses prises de conscience.

**3.4** Offrir de l'écoute active et répondre à ses besoins immédiats et à ceux de ses enfants, qu'ils soient présents ou non lors de la rencontre.

**3.5** Reconnaître toutes les expériences antérieures qui ont montré le pouvoir d'agir de la femme.

- *Vous m'avez raconté avoir quitté temporairement votre conjoint l'an passé et être allée chercher du soutien en maison d'hébergement avec vos enfants. Cela n'a pas dû être facile pour vous de quitter le domicile familial. Vous avez dit avoir apprécié l'accès aux ressources et avoir appris sur votre propre expérience pour mieux comprendre la violence conjugale. La plupart de ces maisons offrent également un soutien aux femmes qui n'y sont pas hébergées.*
- *Vous avez maintenant une meilleure compréhension de vos droits et de vos ressources, ce qui vous rend plus forte pour composer aujourd'hui avec la situation.*

Questionner la femme sur son expérience de mère, ses défis, ses préoccupations et ses objectifs concernant son projet de vie. Recherchez les expériences positives et la féliciter pour sa capacité à répondre et à gérer les situations difficiles.

## FORMATION CONTINUE

**Cégep  
Marie-Victorin**  
Savoir inventer demain  
Formation continue et services aux entreprises

### DES FORMATIONS ACCRÉDITÉES POUR OPTIMISER VOTRE JUGEMENT CLINIQUE



#### FORMATIONS ACCRÉDITÉES PERTINENTES, ÉCONOMIQUES ET ADAPTÉES À VOS BESOINS

- Le leadership infirmier
- Les chutes, leur prévention et leur suivi
- La maltraitance envers les personnes âgées
- Les pansements et les plaies : un duo inséparable

#### FORMATIONS SUR MESURE EN MILIEU DE TRAVAIL

##### Les directrices de soins apprécient :

- L'ajustement des formations aux problématiques du milieu
- Le professionnalisme des formateurs
- Les bénéfices sur le travail en équipe que les formations procurent

#### FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS PODOLOGIQUES

160 h | formule intensive ou régulière

##### Les participantes apprécient :

- La réputation de la formation dans le milieu
- La proximité du Cégep au métro Jean-Talon
- La souplesse des horaires (intensif et régulier)
- L'encadrement par des formateurs d'expérience

**Un monde de possibilités**

### 3.6 Développer avec la femme un plan d'action global et holistique.

**3.6.1** Soutenir la personne dans sa recherche de solutions visant à répondre à ses besoins et l'informer des ressources complémentaires, dont [SOS violence conjugale](#), qui offre conseils, références et écoute (1 800 363-9010).

- Ressources d'hébergement et d'accompagnement : les maisons d'hébergement offrent une gamme de services, selon les ressources des milieux : intervention de crise, counseling, soutien, aiguillage, démarche de dévictimisation, intervention jeunesse, appui aux procédures légales, soutien aux questions d'immigration, interprétariat, soutien à la défense de droits, accès au logement à prix modiques, habitations communautaires de transition, stratégies d'insertion professionnelle, etc.
- Vous pouvez diriger la femme vers le site Web du [Regroupement des maisons d'hébergement](#), qui compte une quarantaine de maisons à travers le Québec ou celui de la Fédération des maisons d'hébergement pour femmes (FMHF) qui en compte tout autant.
- À Québec, la [Maison pour femmes immigrantes](#) (418 652-9761) ou la [Maison des femmes de Québec](#) (418 522-0042).
- À Montréal, la Maison Flora Tristan (514 939-3463), spécialisée dans l'accueil des femmes immigrantes et l'hébergement de transition.
- En Outaouais, [la Maison Unies-Vers-Femmes](#) (819 568-4710).
- Les services policiers, si la femme veut porter plainte.
- CAVAC : ressources habilitées à donner de l'information sur le processus judiciaire en matière criminelle.
- Groupes d'entraide et de dévictimisation. Vous pouvez consulter la liste du [Conseil du statut de la femme](#) de votre secteur.
- Pour une liste complète des droits des femmes, dans l'éventualité d'une dénonciation, visiter le site du [Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale](#).

**3.6.2** Orienter vers d'autres ressources interprofessionnelles et intersectorielles :

- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) pour des services d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de référence, ou pour le guichet d'accès en santé mentale.
- Ressources d'hébergement pour personnes à plus faible revenu, qu'elles soient de type communautaire (coût du loyer équivalent à 25 % des revenus), coopératif (coût du loyer plus faible que celui du marché) ou social (subventionné). Préparer une liste des ressources locales (p. ex., Office municipal d'habitation) et des étapes à franchir (p. ex., les femmes en situation de précarité financière peuvent faire une demande d'aide financière de dernier recours en remplissant un [formulaire disponible](#) sur le site d'Emploi Québec.

**3.6.3** Il est souhaitable de favoriser la reconstruction psychologique et personnelle ainsi que de l'estime de soi par le soutien communautaire et l'entraide entre pairs, c'est-à-dire entre femmes et, pour les mères, par des programmes communautaires de soutien parental (Hegarty, Tarzia, Hooker et Taft, 2016).

### 3.7 Faire des liens avec d'autres éléments du bilan de santé :

**3.7.1** Explorer la consommation abusive d'alcool, de drogues ou de médicaments – qui peut être associée à de la violence conjugale – chez la victime ou la personne faisant usage de violence (voir section *Alcool et drogues* du GPS).

**3.7.2** Si la situation s'applique, explorer le besoin de recourir à une contraception d'urgence qui pourrait s'inscrire dans un contexte de relations sexuelles non désirées (section *Grossesses non planifiées* du GPS).

**3.7.3** Vérifier la présence d'altérations du sommeil et de symptômes de stress, d'anxiété ou de dépression, qui peuvent indiquer que la femme est victime de violence ou de harcèlement, en plus (section *Stress et humeur dépressive* du GPS).

**3.7.4** Analyser les circonstances inexplicables de chutes pouvant être associées à une situation de violence conjugale (section *Chutes* du GPS). Documenter les blessures physiques par des photos dans l'éventualité où la femme déciderait ultérieurement de procéder à une dénonciation.

**3.7.5** Si la femme a aussi vécu de la violence sexuelle dans les cinq derniers jours, il est pertinent d'envisager une intervention médico-légale et sociale par une équipe composée d'un intervenant psychosocial, d'une infirmière et d'un médecin dans un [centre désigné](#), et ce, que la victime porte plainte ou non, sur-le-champ ou dans les 14 jours suivant l'intervention médico-légale. Pour plus d'information, voir le [Protocole d'intervention médicosociale du Québec](#).

### ÉTAPE 4 : réviser

**4.1** Évaluer le niveau de satisfaction de la personne au sujet de la rencontre ainsi que les besoins et les préoccupations qui demeurent.

**4.2** Échanger sur les volontés de la femme à propos de sa situation, y compris les prochaines étapes visant à assurer sa sécurité; l'encourager à poursuivre ses réflexions et la soutenir dans son plan et ses démarches en vue d'une rupture, si tel est son choix. Avec la femme, il s'agit alors d'identifier comment quitter le conjoint de façon sécuritaire, une démarche qui peut se révéler difficile pour plusieurs raisons (**Encadré 6**). Le passage du déni à la reconnaissance de la violence, en passant par le silence, la honte, la peur pour ses enfants, les enjeux économiques, la méconnaissance des ressources d'hébergement et la divulgation, n'est pas sans embûches lorsqu'on ne connaît pas le système de justice, ses propres droits ou les normes québécoises en matière de protection des femmes contre la violence.

**4.3** Confirmer le scénario de protection envisagé avec la femme.

**4.4** Prévoir une rencontre de suivi pour réévaluer la situation dans son ensemble, dont l'expérience des enfants, et offrir du soutien additionnel.

**4.5** Documenter rigoureusement la rencontre pour assurer une meilleure continuité des soins et pouvoir soutenir la femme dans toute action juridique éventuelle.

#### Encadré 6

#### DIFFICULTÉS LIÉES À LA DÉNONCIATION ET À LA RUPTURE POUR LA FEMME

Il peut être difficile pour la femme de briser le cycle de la violence conjugale en raison de plusieurs facteurs, dont la crainte de subir des représailles ou de perdre la garde de ses enfants, l'isolement social, l'espoir constant que le conjoint va changer ou l'amour qu'elle ressent toujours pour lui.

Il faut savoir aussi que :

- Certains statuts d'immigration, certaines normes culturelles, des valeurs ancrées dans certaines croyances, ainsi qu'une dépendance – économique ou psychologique – au conjoint violent peuvent complexifier la dénonciation et la rupture.
- Rompre une relation dans un contexte de violence conjugale est un processus à la fois long, rempli d'ambivalence pour la plupart des femmes et pouvant comporter certains dangers.
- Les études démontrent que la séparation est un moment dangereux pour les victimes de violence conjugale. Le conjoint peut alors devenir encore plus agressif et mettre en danger la vie de sa partenaire.
- La séparation d'un conjoint ayant des comportements violents ne met pas nécessairement un terme à la violence.

Source : conçu par les auteures.

#### COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET INTERSECTORIELLE

La collaboration interprofessionnelle et intersectorielle se révèle absolument essentielle pour offrir un filet de sécurité aux victimes de violence conjugale et ainsi, favoriser l'identification et le dépistage de la violence conjugale (Gerbert et al., 2002). Les soins et services aux victimes ainsi que l'efficacité des interventions s'en trouvent alors nettement améliorés.

Pour ce faire, les infirmières collaborent notamment avec les médecins, les travailleurs sociaux et les autres professionnels pour s'assurer d'accueillir adéquatement les victimes de violence conjugale et de les accompagner dans leurs démarches vers différentes ressources, selon la nature de leurs besoins et de ceux de leurs enfants.

*Une pratique de pointe, de qualité et sécuritaire en contexte de violence conjugale constitue une obligation morale, éthique et clinique, laquelle demande de revoir la formation initiale et continue des infirmières pour une démarche empreinte d'ouverture, d'humilité et de sensibilité, visant à mieux accompagner les femmes victimes tout au long du parcours de vie.*

Or, la collaboration comporte non seulement une dimension interdisciplinaire (D'Amour et Oandasan, 2005), mais aussi une dimension intersectorielle. En effet, quel que soit son secteur de pratique (urgence, périnatalité, clinique médicale, services de première ligne, soins dans la communauté), l'infirmière est appelée à collaborer avec des intervenants qui exercent dans d'autres secteurs (Huecker et Smock, 2020), comme les ressources communautaires (p. ex., maisons d'hébergement), le secteur de la sécurité publique ou juridique – lorsque la victime décide de porter plainte –, ainsi que les services d'aide du secteur public en santé mentale, en enfance-famille-jeunesse ou en protection de la jeunesse, qui font partie des CISSS-CIUSSS.

Ainsi, peu importe le contexte de pratique de l'infirmière qui reçoit une victime de violence conjugale, son intervention prioritaire devrait consister à établir une « passerelle » entre la personne et l'équipe soignante interdisciplinaire. Cette voie de communication permettra de prendre des décisions en matière de santé et de répondre aux besoins psychosociaux de manière concertée et coordonnée, dans un esprit de collaboration (CPIS, 2010).

La communication des informations est une compétence essentielle des infirmières. Elles occupent un rôle primordial dans ce continuum d'aide et de soutien, puisqu'elles constituent souvent la première porte d'entrée vers des services pour les victimes de violence conjugale. Il est donc essentiel par la suite que l'orientation vers les autres ressources soit menée adéquatement (Kirst et al., 2012).

En outre, les infirmières peuvent contribuer à l'élaboration de politiques claires de concertation interdisciplinaire et intersectorielle (Colombini et al., 2017). La violence conjugale requiert une réponse concertée et coordonnée de l'ensemble des ressources de la communauté, notamment grâce à l'utilisation d'ententes de services, des guides de pratique, des protocoles, ainsi que d'outils de dépistage et de référence. Bien que l'importance et la pertinence du travail en collaboration et en partenariat ne soient plus à prouver, des recherches démontrent qu'il reste encore du travail à faire sur le terrain pour sa mise en œuvre (Shorey, Tirone et Stuart, 2014; Szilassy et al., 2017). Les équipes de soins interdisciplinaires et intersectorielles font partie d'un système efficace de dépistage précoce des femmes victimes de violence et permettent de contribuer à sauver des vies. En outre, des formations sur la pratique infirmière auprès des femmes victimes de violence conjugale – ciblant la prévention, le dépistage, l'intervention et le suivi – s'avèrent indispensables pour offrir à cette clientèle des soins de qualité et sécuritaires.

#### ENJEUX ET CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les études liées à l'intervention en violence conjugale indiquent que de nombreux obstacles, tant personnels que professionnels et organisationnels, nuisent au soutien et à l'accompagnement offerts par les intervenants et les professionnels de la santé et des services sociaux (Laforest, Gamache et Poissant, 2018; Taylor et al., 2007). Les contraintes de temps, des connaissances et ressources limitées sur la violence conjugale, le soutien restreint du milieu, l'absence ou la méconnaissance d'un outil ou d'un protocole clairement défini, de formation et de connaissances sur les ressources disponibles pour les femmes victimes, le sentiment de ne pas être préparé ni soutenu et les préoccupations quant à leur propre sécurité constituent des barrières à l'implantation du dépistage de la violence (Eustace, Baird, Saito et Creedy, 2016; LoGiudice, 2015).

En outre, la nature dynamique et diversifiée des situations des femmes et la complexité de leurs besoins constituent des enjeux pouvant affecter la qualité des interventions (Lessard et Alvarez-Lizotte, 2015; Spangaro et al., 2016). Des écrits soulèvent la



## COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

### Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

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

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

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

#### Cadre réglementaire

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

#### Balises déontologiques

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, dont l'article 45.

possibilité que certaines interventions soient mises en place trop rapidement ou ne soient pas adaptées aux besoins spécifiques de la victime (Van Parys, Verhamme, Temmerman et Verstraelen, 2014).

Le parcours de dévoilement ne peut pas être isolé du contexte de violence conjugale, des sentiments de peur, de honte, de blâme de soi et de culpabilité, ainsi que de la crainte de perdre sa sécurité financière (Spangaro et al., 2016). Enfin, il faut savoir que la peur du contrôle institutionnel en lien avec la protection de l'enfant – en d'autres mots, la peur qu'on lui retire son enfant – représente aussi, pour la victime, une barrière au dévoilement de la violence conjugale (Spangaro et al., 2016).

## CONCLUSION

Problème social complexe, la violence conjugale comprend les agressions psychologiques, verbales, physiques et sexuelles, ainsi que la violence économique. Elle représente un moyen de dominer l'autre et d'affirmer son pouvoir. En plus d'affecter la santé et le bien-être des femmes, ses conséquences se répercutent aussi sur les enfants exposés, qui peuvent présenter des séquelles.

Le parcours des femmes pour se sortir du cycle de la violence et se reconstruire est unique à chacune. Bien qu'au départ, les femmes consultent peu pour un motif de violence conjugale, l'établissement d'un climat de confiance et de respect valorisant la reconnaissance de leur savoir expérientiel favorisera le dévoilement. Il importe aussi d'offrir un accompagnement sensible et sécuritaire ainsi que l'accès aux ressources appropriées selon la nature et le contexte de vie de la femme. L'infirmière occupe un rôle essentiel dans l'aide à la décision des femmes, la mise en place d'interventions facilitant la prise de pouvoir des femmes sur leur destinée, la coordination de mesures environnementales favorables à la santé et à la sécurité et, enfin, la consolidation d'une réponse sociétale cohérente, coordonnée et proactive à la violence conjugale. ●

Envie d'une  
**sortie en raquettes**  
durant ta pause?



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

**LA GASPÉSIE RECRUTE  
DES INFIRMIÈRES ET  
DES INFIRMIERS**

*Joins-toi à notre équipe!*

[www.cisss-gaspésie.gouv.qc.ca/emplois-et-stages](http://www.cisss-gaspésie.gouv.qc.ca/emplois-et-stages)

L'infirmière a accompagné Mawa grâce à une approche soignante ayant favorisé le dévoilement des formes de violence vécues. L'évaluation globale de l'infirmière a permis de reconnaître les forces de Mawa, de valoriser son pouvoir d'agir, de faciliter les accès à ses ressources personnelles, sociales, professionnelles et communautaires, et de mitiger ainsi les facteurs de risque.

En créant un espace sécuritaire où peut se construire un partenariat de soins favorisant une alliance thérapeutique avec Mawa, une écoute active de ses préoccupations et l'expression d'un positionnement clair sur le fait que la violence, sous toutes ses formes, est inacceptable, l'infirmière a posé un jugement clinique sur le contexte et l'historique des épisodes de violence et ses impacts sur elle et ses enfants.

L'évaluation des risques et du degré de dangerosité ainsi que le jugement clinique infirmier ont permis d'établir un plan de sécurité respectant les désirs, les préférences et les forces de Mawa. Ce plan de sécurité est sensible au contexte culturel et à l'expérience de nouvelle arrivante de Mawa. L'infirmière a échangé avec ses partenaires interdisciplinaires et a orienté Mawa vers d'autres ressources interprofessionnelles (travailleuse sociale et psychologue). En faisant des recoupements avec des éléments du bilan de santé du GPS, l'infirmière a évalué que l'anxiété et le risque de dépression de Mawa pouvaient être associés à la violence conjugale.

À l'étape de la révision du plan d'accompagnement, Mawa a confirmé qu'elle était à l'aise avec la démarche de soins ainsi qu'avec le scénario de protection prévu, dont elle emporte une copie. Une rencontre de suivi a été prévue deux semaines plus tard, en présence des enfants. Suivant les conseils de l'infirmière, Mawa a pris rendez-vous dès le lendemain auprès d'une intervenante d'une maison



## Cas clinique

### RETOUR SUR LA SITUATION DE MAWA

d'hébergement spécialisée dans l'accueil des familles en contexte d'immigration pour connaître les services disponibles et visiter les lieux. Elle y a fait l'expérience des valeurs qui y sont véhiculées : sécurité, dignité, autodétermination, réappropriation du pouvoir, rapports égalitaires et solidarité. Mawa a pris conscience qu'il existait des voies de sortie possibles. Elle s'est reconnue dans les expériences d'autres femmes hébergées dont lui parle l'intervenante.

Aujourd'hui, Mawa connaît mieux ses droits, ses recours, les ressources d'aide spécialisées pour les femmes en contexte d'immigration ainsi que les types d'hébergements subventionnés et communautaires de son secteur. Elle poursuit sa réflexion, tout en étant engagée dans un processus conscientisant de reprise de pouvoir menant à son bien-être et à celui de ses enfants. •

 **Pearson**  
ERPI

 **Suivez-nous**  
sur Facebook

SciencesInfirmieresPearsonERPI

Accédez gratuitement\* aux ouvrages en sciences infirmières de Pearson ERPI.

Visitez : [eepurl.com/g3hZsf](http://eepurl.com/g3hZsf)

Un grand merci aux auteurs de Pearson ERPI d'avoir gracieusement accepté de partager leurs ouvrages avec les membres de l'OIIQ.



\*Cette offre est réservée aux membres de l'OIIQ. L'accès gratuit aux ouvrages sera valide jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2020.

## LES AUTEURES

### JUDITH LAPIERRE

Inf., Ph. D. (santé publique, promotion de la santé).

Elle est infirmière en pratique de proximité en OBNL et travailleuse occasionnelle en maison d'hébergement. Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, elle est aussi responsable facultaire du volet international. Elle est responsable de l'équipe de recherche (FRQSC) sur les besoins des personnes qui vivent en logements subventionnés et les pratiques de soutien communautaire. En outre, elle est membre du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES).

### GENEVIÈVE LESSARD

Ph. D. (sciences humaines appliquées)

Professeure titulaire à l'École de travail social et de criminologie de l'Université Laval, elle est directrice d'un groupe de recherche reconnu par la Commission de la recherche de l'Université Laval, le RAIV (Recherches appliquées et interdisciplinaire sur les violences intimes, familiales et structurelles), et de l'Équipe de recherche en violence conjugale (FRQSC).

### LOUISE HAMELIN-BRABANT

Ph. D. (sociologie)

Infirmière retraitée et détentrice d'un Ph. D. en sociologie, elle est professeure associée retraitée de l'Université Laval et chercheuse au RAIV.

### SYLVIE LÉVESQUE

Sexologue, Ph. D. (santé publique)

Sexologue et professeure agrégée au Département de sexologie de l'Université du Québec à Montréal, elle est membre-chercheuse de l'équipe *Violence conjugale : acteurs en contexte et pratiques novatrices* et du Réseau québécois en études féministes.

### BILKIS VISSANDJÉE

Inf., Ph. D (santé publique, santé mondiale)

Infirmière et membre de l'ACSS (Académie canadienne des sciences de la santé), elle est professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est chercheuse dans les équipes du Centre de recherche et de formation SHERPA, CIUSSS Centre-Ouest de l'Île de Montréal, du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ). Elle est également la responsable scientifique du Projet européen GenderNet (ERA-NET); Interventions avec et auprès de femmes et de filles touchées et à risque de mutilations génitales féminines/excision.

### NISRINE MOUBARAK

Sage-femme (Liban), M. Sc. inf, D.E.A. en santé communautaire et Ph. D. (c.) en sciences infirmières

Elle est assistante-auxiliaire d'enseignement à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.



## QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

## REMERCIEMENTS

Nous remercions Nathalie Rheault, spécialiste de l'information, et le D<sup>r</sup> Hervé Tchala Vignou Zomahoun, coordonnateur scientifique de la composante « Recherche sur les systèmes de santé et de services sociaux, l'application des connaissances et la mise en œuvre des connaissances » de l'Unité de soutien SRAP du Québec. Ils ont contribué au développement de la stratégie de recherche documentaire et à la conception de la revue de littérature dont les résultats appuient le présent article.

## RÉFÉRENCES

Agrawal, A., Ickovics, J., Lewis, J. B., Magriples, U. et Kershaw, T. S. (2014). «Postpartum intimate partner violence and health risks among young mothers in the United States: A prospective study». *Maternal and Child Health Journal*, 18(8), 1985-1992.

Alshammari, K. F., McGarry, J. et Higginbottom, G. (2018). «Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature». *Nursing Open*, 5(3), 237-253. Repéré à <https://doi.org/10.1002/nop.2.133>

Alvarez, C., Debnam, K., Clough, A., Alexander, K. et Glass, N. E. (2018). «Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings». *Research in Nursing & Health*, 41(2), 145-155.

Alvarez, C., Fedock, G., Grace, K. T. et Campbell, J. (2017). «Provider screening and counseling for intimate partner violence: A systematic review of practices and influencing factors». *Trauma, Violence & Abuse*, 18(5), 479-495.

Baird, K., Salmon, D. et White, P. (2013). «A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry». *Midwifery*, 29(8), 1003-1010. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.007>

Bisson, V. et Lévesque, S. (2017). «Fiche synthèse connaissances no 10 - Violence conjugale et période périnatale: État succinct des connaissances». Québec: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRIVIFF).

Boëls, N. (2015). «Crimes justifiés par l'honneur - Agir pour soutenir les victimes potentielles». *Perspective infirmière*, 12(2), 28-30. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol12no2/11-intervention-communautaire.pdf>

Brisset, C., Leanza, Y., Rosenberg, E., Vissandjée, B., Kirmayer, L. J., Muckle, G., ... Laforce, H. (2014). «Language barriers in mental health care: A survey of primary care practitioners». *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(6), 1238-1246.

Buchanan, F., Power, C. et Verity, F. (2014). «The effects of domestic violence on the formation of relationships between women and their babies: "I was too busy protecting my baby to attach"». *Journal of Family Violence*, 29(7), 713-724. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9630-5>

Burczycka, M. (2016). «La violence familiale au Canada: un profil statistique, 2014 - Tendances en matière de violence conjugale auto-déclarée au Canada, 2014». p. 3-26. Ottawa, ON: Statistique Canada - Centre canadien de la statistique juridique. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2016001/article/14303-fra.pdf?ts=6BtkTxi5>

Byng-Hall, J. (2007). «Soulager le fardeau des enfants parentifiés dans les familles présentant des modes d'attachement insécurisés». *Devenir*, 19(3), 201-222. Repéré à <https://doi.org/10.3917/dev.073.0201>

Camacho, K., Ehrensaft, M. K. et Cohen, P. (2012). «Exposure to intimate partner violence, peer relations, and risk for internalizing behaviors: A prospective longitudinal study». *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 125-141.

Canady, V. A. (2020). «COVID-19 outbreak represents a new way of mental health service delivery». *Mental Health Weekly*, 30(12), 1-4.

Cater, A. K., Miller, L. E., Howell, K. H. et Graham-Bermann, S. A. (2015). «Childhood exposure to intimate partner violence and adult mental health problems: Relationships with gender and age of exposure». *Journal of Family Violence*, 30(7), 875-886. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9703-0>

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). (2019). «La violence familiale en tant que déterminant social de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis». 24 p. Prince-George (C.-B.). Canada: CCNSA. Repéré à <https://www.ccnas.ca/docs/determinants/FS-Family-Violence-SDOH-FNMI-2019-FR.pdf>

Clément, M.-É., Julien, D., Lévesque, S. et Flores, J. (2019). «La violence familiale dans la vie des enfants du Québec, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales - Résultats de la 4<sup>e</sup> édition de l'enquête». Québec: Institut de la statistique du Québec. Repéré à [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familiale/violence-familiale-2018.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/environnement-social/violence-familiale/violence-familiale-2018.pdf)

Collienne, F. (2020). «COVID-19: isolées, les victimes de violence conjugale n'appellent plus à l'aide». *Ici Ottawa-Gatineau, Radio-Canada*. Repéré à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1684342/covid-19-violence-conjugale-appels-maisons-hebergement-isolement-craintes>.

Colombini, M., Dockerty, C. et Mayhew, S. H. (2017). «Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low- and middle-income countries: A comparative health systems and service analysis». *Studies in Family Planning*, 48(2), 179-200. Repéré à <https://doi.org/10.1111/sfp.12021>

Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). «Rapport final: écoute, réconciliation et progrès», 182-193. Repéré à [https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers\\_clients/Rapport/Rapport\\_final.pdf](https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_final.pdf)

Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (CPIIS). (2010). «Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme». Repéré à <http://www.chhc.ca>

D'Amour, D. et Oandson, I. (2005). «Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept». *Journal of Interprofessional Care*, suppl.1, 8-20.

Daoud, N., Smylie, J., Urquia, M., Allan, B. et O'Campo, P. (2013). «The contribution of socio-economic position to the excesses of violence and intimate partner violence among aboriginal versus non-Aboriginal Women in Canada». *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 104(4), 278-283.

Doran, F., Hutchinson, M., Brown, J., East, L., Irwin, P., Mainey, L., ... Yates, K. (2019). «Australian nursing and midwifery student beliefs and attitudes about domestic violence: A multi-site, cross-sectional study». *Nurse Education in Practice*, 40, 102613. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.08.007>

Doyon, O. (2 mai 2018). «Surveillance clinique et sécurité des soins: dimensions incontournables de la pratique infirmière». Atelier au Colloque en sciences infirmières de l'UQAC, Saguenay. Repéré à [http://colloques.uqac.ca/scinf/files/2018/04/Atelier\\_05\\_SurveillanceClinique.pdf](http://colloques.uqac.ca/scinf/files/2018/04/Atelier_05_SurveillanceClinique.pdf)

Doyon, O. et Spycher, L. (2017). «La surveillance infirmière: dernier fil de sécurité d'un patient». Paris: Lamarre.

Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S. et Creedy, D. K. (2016). «Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy». *Women and Birth*, 29(6), 503-510. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>

Feltner, C., Wallace, I., Berkman, N., Kistler, C. E., Middleton, J. C., Barclay, C., ... Jonas, D. E. (2018). «Screening for intimate partner violence, elder abuse, and abuse of vulnerable adults: Evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force». *Journal of the American Medical Association*, 320(16), 1688-1701.

Flitcraft, A. H. (1995). «Clinical violence intervention: Lessons from battered women». *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 6(2), 187-195.

Flores, J., Gravel, M.-A. et Lecours, C. (2017). «Compendium sur la mesure de la violence conjugale au Québec». Québec: Institut de la statistique du Québec.

Fortin, A., Doucet, M. et Damant, D. (2011). «Children's appraisals as mediators of the relationship between domestic violence and child adjustment». *Violence and Victims*, 26(3), 377-392.

Frenette, M., Boulebsol, C., Lampron, E.-M., Chagnon, R., Cousineau, M.-M., Dubé, M., ... Gagnon, C. (2018). «Femmes victimes de violence et système de justice pénale: expériences, obstacles et pistes de solution». Montréal: Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal. Repéré à [http://sac.uqam.ca/upload/files/Rapport\\_femmes\\_violence\\_justice.pdf](http://sac.uqam.ca/upload/files/Rapport_femmes_violence_justice.pdf)

Gagné, C., Gilbert, A. et Roberge, S. (2015). «Le GPS: Guide priorité santé. Les infirmières et le bilan de santé de l'adulte». Montréal: CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal.

García-Moreno, C., Guedes, A. et Knerr, W. (2012). «Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence». Genève: World Health Organization (WHO). Repéré à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO\\_RHR\\_12\\_36-eng](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12_36-eng).

Gerbert, B., Moe, J., Caspers, N., Salber, P., Feldman, M., Herzog, K. et Bronstone, A. (2002). «Physicians' response to victims of domestic violence: Toward a model of care». *Women & Health*, 35(2/3), 1-22.

Gottlieb, L. N. (2014). «Les soins infirmiers fondés sur les forces: la santé et la guérison de la personne et de la famille». Saint-Laurent, QC: Éditions du Nouveau Pédagogie Inc.

Grasso, D. J., Henry, D., Kestler, J., Nieto, R., Wakschlag, L. S. et Briggs-Gowan, M. J. (2016). «Harsh parenting as a potential mediator of the association between intimate partner violence and child disruptive behavior in families with young children». *Journal of Interpersonal Violence*, 31(11), 2102-2126.

Grou, C. (20 mars 2020). «Ne pas négliger les enjeux psychologiques» [Lettre ouverte de Christine Grou, psychologue et présidente de l'Ordre des psychologues du Québec]. *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/202003/28/01-5266918-ne-pas-negliger-les-enjeux-psychologiques.php>

Groupe de travail sur la VPI. (2005). «Déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime». *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Canada*, 27(4), 389-418.

Hassam, G. (2013). «Violence conjugale et diversité culturelle». *Alterstice*, 3(2), 5-7.

Hanson, G. C., Messing, J. T., Anderson, J. C., Thaller, J., Perrin, N. A. et Glass, N. E. (2019). «Patterns and usefulness of safety behaviors among community-based women survivors of intimate partner violence». *Journal of Interpersonal Violence*. Repéré à <https://doi.org/10.1177/0886260519853401>

Hegarty, K., Tarzia, L., Hooker, L. et Taft, A. (2016). «Interventions to support recovery after domestic and sexual violence in primary care». *International Review of Psychiatry*, 28(5), 519-532.

Hélie, S., Collin-Vézina, D., Turcotte, D., Trocmé, N. et Girouard, N. (2017). «Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2014 (ÉIQ-2014) - Rapport final». Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Repéré à [http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/eq-2014\\_rapport\\_final.pdf](http://cwrp.ca/sites/default/files/publications/en/eq-2014_rapport_final.pdf)

Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J. et Garcia-Moreno, C. (2016). «A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 133(3), 269-276. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>

Holden, G. W. (2003). «Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy». *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 151-160.

Huecker, M. R. et Smock, W. (2020). «Kentucky domestic violence». StatPearls Publishing.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). «L'ampleur de la violence vécue en milieu autochtones». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante-la-violence-vecue-en-milieu-autochtones/l-ampleur-de-la-violence-vecue-en-milieu-autochtones>

Jimenez, E., Cousineau, M.-M., Tanguay, E. M. et Wahba, J. (2016). «Comprendre les violences basées sur l'honneur (VBH) au Québec à travers des cas de filles et femmes prises en charge par la protection de la jeunesse et par des maisons d'hébergement». Repéré à [http://trajetvi.ca/files/2016-06/1464802797\\_comprendre-les-violences-bases-es-sur-l-honneur-pdf](http://trajetvi.ca/files/2016-06/1464802797_comprendre-les-violences-bases-es-sur-l-honneur-pdf)

Katerndahl, D. A., Burge, S. K., Ferrer, R. L., Becho, J. et Wood, R. (2020). «Is readiness to take action among women in violent relationships a catastrophic phenomenon?». *Journal of Interpersonal Violence*, 35(7/8), 1610-1634.

Kelly, J. B. et Johnson, M. P. (2008). «Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions». *Family Court Review*, 46(3), 476-499.

Kimel-Scott, K., Colleen, B., Rogers, K., Landis, S. et Weil, A. (2018). «Association of positive IPV screening results with health indicators and utilization». *Journal of General Internal Medicine*, 339(Suppl. 2), S127.

Kirst, M., Zhang, Y. J., Young, A., Marshall, A., O'Campo, P. et Ahmad, F. (2012). «Referral to health and social services for intimate partner violence in health care settings: A realist scoping review». *Trauma, Violence & Abuse*, 13(4), 198-208

Knox, B. (2018). «Screening women for intimate partner violence: Creating proper practice habits». *Nurse Practitioner*, 43(5), 14-20.

Laforest, J., Gamache, L. et Poissant, J. (2018). «L'intégration des activités de prévention de la violence conjugale dans les services périnataux au Québec». Québec: Institut national de santé publique du Québec. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2468\\_activites\\_prevention\\_violence\\_conjugale\\_services\\_perinataux.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2468_activites_prevention_violence_conjugale_services_perinataux.pdf)

Laforest, J., Maurice, P. et Bouchard, L. M. (2018). «Rapport québécois sur la violence et la santé». Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380\\_rapport\\_quebecois\\_violence\\_sante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf)

Lapointe, F., Robitaille, C., Lévesque S. et Lessard, G. (2018). «Fiche synthèse des connaissances – Évaluation du risque d'homicide conjugal: répertoire des outils existants». Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Repéré à [http://www.criivf.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche\\_synthese\\_13\\_finale\\_web.pdf](http://www.criivf.qc.ca/sites/criviff.qc.ca/files/fiche_synthese_13_finale_web.pdf)

Lawrence, E., Orenge-Aguayo, R., Langer, A. et Brock, R. (2012). «The impact and consequences of partner abuse on partners». *Partner Abuse*, 3(4), 406-428.

Leilani, F. (2019). «Adequate housing as a component of the right to an adequate standard of living, and the right to non-discrimination in this context: note / by the Secretary-General». New York: Report of the Special Procedure of the Human Rights Council on Adequate Housing. Repéré à <https://digitallibrary.un.org/record/3823982?ln=fr#record-files-collapse-header>

Lessard, G. et Alvarez-Lizotte, P. (2015). «The exposure of children to intimate partner violence: Potential bridges between two fields in research and psychosocial intervention. Research and interventions often focus on a specific form of violence without considering other forms of victimization». *Child Abuse & Neglect*, 48, 29-38.

Lessard, G., Hamelin-Brabant, L., Bisson, S. M., Alvarez-Lizotte, P. et Dumont, A. (2019). «L'exposition à la violence conjugale (2<sup>e</sup> éd.)». p. 77-90. Dans S. Dufour et M.-É. Clément (dir.). *La violence à l'égard des enfants en milieu familial*. Montréal: Éditions CEC.

Lévesque, S. (2018). «La coercition reproductive en contexte conjugal». Dans J. Laforest, P. Maurice et L. M. Bouchard (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*, p. 148-149. Montréal: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Lévesque, S. et Julien, D. (2019). «Violence conjugale en période périnatale». Dans M. É. Clément, D. Julien, S. Lévesque et J. Flores (dir.), *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*, 2018. Les attitudes parentales et les pratiques familiales. Résultats de la 4<sup>e</sup> édition de l'enquête, (p. 103-122). Québec: Institut de la statistique du Québec.

Lévesque, S. et Laforest, J. (2014). «Le portail d'information périnatale – Violence conjugale». Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/violence-conjugale.pdf>

LoGiudice, J. A. (2015). «Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis». *Applied Nursing Research*, 28(1), 2-9. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.04.004>

«Loi sur la protection de la jeunesse», RLRQ, c. P-34.1

Lundgren, R. et Amin, A. (2015). «Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: Emerging evidence of effectiveness». *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S42-S50.

McCarthy, J. et Bianchi, A. (2019). «The CARE approach: Supporting women who disclose intimate partner violence». *Nursing Made Incredibly Easy!*, 17(5), 42-47.

McCleary-Sills, J., Namy, S., Nyoni, J., Rweyemamu, D., Salvatory, A. et Steven, E. (2016). «Stigma, shame and women's limited agency in help-seeking for intimate partner violence». *Global Public Health*, 11(1-2), 224-235. Repéré à <https://doi.org/10.1080/17441692.2015.1047391>

McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P. et Postmus, J. L. (2011). «The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year post-partum». *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2103-2111.

Miller, E., Jones, K. A. et McCauley, H. L. (2018). «Updates on adolescent dating and sexual violence prevention and intervention». *Current Opinion in Pediatrics*, 30(4), 466-471.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2018). «La prévention de la violence au Québec: une responsabilité individuelle et collective – Rapport du directeur national de santé publique 2018». Québec: MSSS – Direction des communications.

Ministère de la Sécurité publique (MSP). (2017). «Les infractions contre la personne commises en contexte conjugal au Québec en 2015». Québec: MSP – Direction de la prévention et de l'organisation policière.

Nagata, J. M., Hathi, S., Ferguson, B. J., Hindin, M. J., Yoshida, S. et Ross, D. A. (2018). «Research priorities for adolescent health in low- and middle-income countries: A mixed-methods synthesis of two separate exercises». *Journal of Global Health*, 8(1), 010501.

O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C. et Ahmad, F. (2011). «Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-intervention systemic review». *Social Science & Medicine*, 72(6), 855-866.

Okeke-Ihejirika, P., Yohani, S., Muster, J., Ndem, A., Chambers, T. et Pow, V. (2018). «A scoping review on intimate partner violence in Canada's immigrant communities». *Trauma, Violence & Abuse*. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1524838018789156>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Champ d'exercice et activités réservées de l'infirmière». Montréal: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/8419-Schema-champ-activite-inf-2018-final.pdf>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). «Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes: prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire. Résumé d'orientation». Repéré à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_Palmer\\_V\\_J\\_Yelland\\_J\\_S\\_et\\_Taft\\_A\\_J\\_2011.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85242/WHO_RHR_HRP_13.06_Palmer_V_J_Yelland_J_S_et_Taft_A_J_2011.pdf?sequence=1)

Palmer, V. J., Yelland, J. S. et Taft, A. J. (2011). «Ethical complexities of screening for depression and intimate partner violence (IPV) in intervention studies». *BMC Public Health*, 11(5), S3.

Perron, L.-S. (23 mars 2020). «Violence conjugale: 'On se prépare à la crise'». *La Presse*. Repéré à <https://www.lapresse.ca/covid-19/202003/22/01-5265958-violence-conjugale-on-se-prepare-a-la-crise.php>

Phaneuf, M. (2013). «Le concept d'advocacy en soins infirmiers». Repéré à <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocacy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>

Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale. (2012). «Et si c'était plus que de la chicane? – Des repères pour différencier la violence conjugale de la chicane de couple». Repéré à <https://maisons-femmes.qc.ca/wp-content/uploads/2017/09/fascicule.pdf>

Secrétariat de la condition féminine (SCF). (2019). «Agir contre la violence conjugale – Scénario de protection». Repéré à <http://www.scf.gouv.qc.ca/violences/violence-conjugale/scenario-de-protection/>

Shorey, R. C., Tirone, V. et Stuart, G. L. (2014). «Coordinated community response components for victims of intimate partner violence: A review of the literature». *Aggression and Violent Behavior*, 19(4), 363-371. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.001>

Silverman, J. G., Decker, M. R., Reed, E. et Raj, A. (2006). «Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states: Associations with maternal and neonatal health». *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195(1), 140-148. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.12.052>

Société canadienne de psychologie. (2020). «Série 'La psychologie peut vous aider': L'impact psychologique de la pandémie de coronavirus (COVID-19)». Repéré à [https://cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PW\\_Psychological\\_Impacts\\_COVID-19\\_FR.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/PW_Psychological_Impacts_COVID-19_FR.pdf)

Spangaro, J. (2017). «What is the role of health systems in responding to domestic violence? An evidence review». *Australian Health Review*, 41(6), 639-645.

Spangaro, J., Koziol-McLain, J., Zwi, A., Rutherford, A., Frail, M.-A. et Ruane, J. (2016). «Deciding to tell: Qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care». *Social Science & Medicine*, 154, 45-53. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.02.032>

Spangaro, J., Zwi, A. B. et Poulos, R. (2009). «The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence». *Trauma, Violence & Abuse*, 10(1), 55-68.

Statistique Canada. (2019). «Enquête sociale générale (ESG) – Victimization: Information détaillée pour 2014 (cycle 28: sécurité des Canadiens)». Repéré à <https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.f.pl?Function=getSurvey&id=148641>

Sylaska, K. M. et Edwards, K. M. (2014). «Disclosure of intimate partner violence to informal social support network members: A review of the literature». *Trauma, Violence & Abuse*, 15(1), 3-21.

Szilassy, E., Drinkwater, J., Hester, M., Larkins, C., Stanley, N., Turner, W. et Feder, G. (2017). «Making the links between domestic violence and child safeguarding: An evidence-based pilot training for general practice». *Health & Social Care in the Community*, 25(6), 1722-1732.

Taylor, P., Zaichkin, J., Pilkey, D., Leconte, J., Johnson, B. K. et Peterson, A. C. (2007). «Prenatal screening for substance use and violence: Findings from physician focus groups». *Maternal and Child Health Journal*, 11(3), 241-247.

Thibault, C. (2004). «Dépister la violence conjugale pour mieux la prévenir – Prise de position». Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Repéré à [https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/185\\_doc.pdf](https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/185_doc.pdf)

Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S. et Mittal, M. (2020). «A systematic review of intimate partner violence interventions: State of the field and implications for practitioners». *Trauma, Violence & Abuse*, 21(2), 311-325.

Van Parys, A.-S., Verhamme, A., Temmerman, M. et Verstraelen, H. (2014). «Intimate partner violence and pregnancy: A systematic review of interventions». *PLoS ONE*, 9(1), 1-10.

Vissandjée, B., Migliardi, P., Denetto, S. et Proctor, J. (2013). «Défis d'intervention en contexte interculturel: le cas de pratiques traditionnelles telles que l'excision et l'infibulation dans une perspective éthique et de santé publique au Canada». Dans R. Massé et L. Mondou (dir.), *Réduction des méfaits et tolérance en santé publique – Enjeux éthiques et politiques*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Vissandjée, B., Short, W. E. et Bates, K. (2017). «Health and legal literacy for migrants: Twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care». *BMC International Health and Human Rights*, 17(10).

World Health Assembly. (2014). «Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children». Repéré à [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162855/A67\\_R15-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162855/A67_R15-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## MICROPROGRAMME DE 2<sup>e</sup> CYCLE

Pédagogie universitaire des sciences de la santé

Pour vous, **INFIRMIÈRE** ou **INFIRMIER** impliqué dans l'enseignement ou la supervision!

### Formation unique dans la Francophonie

- Microprogramme de 3 cours à temps partiel
- S'intègre dans un DESS de 30 crédits
- Limite d'admission : 15 août - session automne / 1<sup>er</sup> décembre - session hiver

### Faites progresser votre carrière

- Appuyez vos pratiques pédagogiques sur des fondements théoriques
- Faites preuve de leadership et d'innovation
- Intégrez la collaboration interprofessionnelle dans votre enseignement

[www.fmed.ulaval.ca/puss](http://www.fmed.ulaval.ca/puss)  
418 656-2131, poste 3127



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

Faculté de médecine

# ESSENTIELLES COMME JAMAIS

**Les infirmières,  
infirmières auxiliaires,  
inhalothérapeutes  
et perfusionnistes cliniques  
sont au cœur de l'offensive  
contre la Covid-19.**

**MERCI DE VOTRE  
ENGAGEMENT!**



FIQ | SECTEUR PRIVÉ

# Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

## Réalisez votre plein potentiel infirmier dans le Grand Nord !

**Vous êtes en quête de changement, de vivre une aventure extraordinaire en plus d'acquérir une expérience précieuse ?**

Le Nunavik est fait pour vous. En rejoignant le Centre de santé Inuulitsivik, vous pouvez enfin occuper votre champ de pratique complet et avoir une influence réelle sur la santé d'une communauté, tout en profitant des avantages de la vie dans une région éloignée, entre nature et partage.

## Témoignages

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

*Isabelle Dupont inf.*

*Cette expérience vous transformera comme professionnel et comme être humain à jamais. L'acquisition des savoirs est exponentielle tant les défis sont variés.*

*Olivier Godin inf.*

## Êtes-vous admissible à un congé nordique?

**Nous recherchons des infirmier(ère)s.**

Temps plein disponible

Unité de soins, plein exercice du champ de compétence infirmier, liaison

MAD, santé publique, ITSS, TB



## AVANTAGES

- Bonification de votre salaire par l'ajout de primes nordiques
- Une pratique diversifiée et complète
- 3 à 4 sorties annuelles selon le statut
- Formation continue et plein exercice du champ de compétence infirmier disponibles
- Renouer avec la nature car de nombreuses possibilités d'activités de plein air
- Transport et logement meublé fournis



## EXIGENCES

Être membre en règle de l'OIIQ / Bilinguisme essentiel (parlé et écrit) / 2 ans d'expérience diversifiée (urgence, soins intensifs, soutien à domicile, chirurgie, santé mentale, santé communautaire, pédiatrie et CLSC, santé publique, ITSS, TB) / Capacité d'adaptation et autonomie / Capacité de vivre en région éloignée et isolée / Flexibilité / Bonne gestion du stress, respect de la diversité culturelle / Expérience de travail en région éloignée, un atout / Formation reconnue sur le rôle élargi, un atout.



**CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK**

Christiane Alary, agente de gestion du personnel  
christiane.alary.csi@ssss.gouv.qc.ca

[www.inuulitsivik.ca](http://www.inuulitsivik.ca)



© Allen McInnis

## COVID-19

# L'expertise infirmière au front de l'urgence sanitaire

**13 mars 2020.** Le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire. Deux jours plus tôt, l'Organisation mondiale de la Santé annonçait la pandémie mondiale de la COVID-19. Au cours des jours suivants, le Québec entier est mis à l'arrêt, à l'exception des services jugés essentiels. À l'unisson des citoyens du monde, les Québécois reçoivent la consigne de respecter scrupuleusement les directives de la santé publique visant à réduire la propagation du coronavirus afin d'éviter de surcharger le système de santé.

Pendant ce temps, les infirmières et infirmiers joignent leurs efforts pour la prévention et le contrôle de ce virus hautement contagieux, en vue de protéger la santé de la population. La profession infirmière aura vu l'étendue de ses connaissances scientifiques mise de l'avant par la crise sanitaire, tout comme l'expertise de pointe des pratiques infirmières avancées dans la prévention et le contrôle des infections.

À la mi-mai se déroulait la Semaine de la profession infirmière. Ce moment de reconnaissance a pris un sens particulier du fait que les quelque 78 000 infirmières et infirmiers du Québec sont au front de l'urgence sanitaire de la COVID-19. Ils contribuent au quotidien par leur expertise, leur professionnalisme et leur courage à prodiguer les soins essentiels à la santé des Québécois.

L'Organisation mondiale de la Santé a proclamé 2020 l'année internationale du personnel infirmier et des sages-femmes, en concordance avec le 200<sup>e</sup> anniversaire de naissance de Florence Nightingale. C'est aussi le 100<sup>e</sup> anniversaire de l'OIIQ. « L'année festive 2020 a pris une tournure étonnante et a permis d'illustrer toute l'importance de l'expertise infirmière, a affirmé Luc Mathieu, président de l'OIIQ. Les infirmières et infirmiers du Québec sont à pied d'œuvre et déploient leurs compétences avec engagement pour lutter contre la COVID-19. Assurer des soins de proximité en cette période sans précédent est très exigeant sur les plans professionnel et personnel. L'année 2020 restera à jamais gravée dans notre mémoire collective, notamment en raison de leur contribution incontournable. »

Dès les premiers jours de la pandémie, l'OIIQ ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de la Justice, l'Office des professions du Québec, des ordres professionnels, les établissements de santé et le milieu de l'enseignement ont envisagé toutes les pistes de solutions possibles pour optimiser le rôle des infirmières et infirmiers auprès de la population.

Menés par l'urgence sanitaire, l'OIIQ et ses multiples parties prenantes ont agi en des temps records afin de prendre des décisions visant à prévenir la propagation du coronavirus dans la population et à optimiser le rôle des professionnels de la santé. Voici un tour d'horizon des actions de votre ordre professionnel et de ses partenaires depuis le début de la pandémie.

### 13 mars CRÉATION D'UN FIL D'ACTUALITÉ ET D'UN CENTRE DE RESSOURCES

L'OIIQ annule ses activités de formation continue en salle, ainsi que l'examen d'admission à la profession et l'examen de certification des IPS prévus le 30 mars. La Soirée Florence prévue le 12 mai n'aura pas lieu.

Le même jour, l'OIIQ crée sur son site Web [un centre de ressources sur la COVID-19](#) ainsi qu'un [fil d'actualité](#) mis à jour en continu. Le centre de ressources regroupe un ensemble d'informations fiables et rigoureusement validées comme les directives cliniques du MSSS aux professionnels et au réseau, les données, constats et prises de position de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de l'Institut national d'excellence

*« Assurer des soins de proximité en cette période sans précédent est très exigeant sur les plans professionnel et personnel. L'année 2020 restera à jamais gravée dans notre mémoire collective, notamment en raison de [la] contribution incontournable [des infirmières et infirmiers]. »*

LUC MATHIEU  
Président de l'OIIQ

en santé et en services sociaux (INESSS), des formations gratuites, ainsi que des directives et outils d'aide à la pratique de l'OIIQ. Quant au fil d'actualité, il fera état des actions prises par l'OIIQ et ses partenaires pour soutenir les infirmières et infirmiers.

## 13 mars

### LES INFIRMIÈRES PEUVENT SIGNER UN ARRÊT DE TRAVAIL

Le Collège des médecins du Québec (CMQ) autorise désormais les infirmières et infirmiers à utiliser une ordonnance collective pour signer un arrêt de travail d'une durée de 14 jours aux patients ayant reçu un résultat positif à la COVID-19.

## 14 mars

### IPS : L'ENTENTE ÉCRITE AVEC UN MÉDECIN PARTENAIRE N'EST PLUS REQUISE

Afin de permettre aux établissements du réseau de la santé de déployer une offre de services optimale, le CMQ et l'OIIQ lèvent la nécessité réglementaire pour les IPS de conclure une entente de partenariat écrite avec un médecin partenaire. Concrètement, cette nouvelle mesure permet aux IPS de collaborer avec un médecin sans avoir besoin d'une entente écrite.

## 16 mars

### TENUE PROFESSIONNELLE

L'OIIQ rappelle aux infirmières et infirmiers que les tenues professionnelles devraient être portées uniquement sur les lieux de travail, être changées quotidiennement et faire l'objet d'un entretien régulier, comme l'indique sa [prise de position sur l'image professionnelle de l'infirmière](#). En plus d'éviter un risque potentiel de transmission de l'infection, cette mesure peut contribuer à rassurer la population qui, inquiète, voit quelques employés du réseau de la santé vêtus de leur uniforme de travail lors de leurs déplacements.

## 17 mars

### RETOUR À LA PROFESSION FACILITÉ POUR LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS À LA RETRAITE

L'OIIQ répond à l'appel du premier ministre François Legault et de la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, en mettant en place les processus nécessaires pour que les personnes souhaitant effectuer un retour à la profession en vue de participer à la prévention et au contrôle de la COVID-19 puissent le faire facilement et sans frais.

Comme la profession infirmière comporte des activités réservées et que les personnes qui désirent effectuer un retour pourraient ne pas avoir suivi de formation continue ou exercé un minimum de 500 heures au cours des quatre dernières années, comme le prévoit la législation applicable, l'OIIQ prend certaines mesures afin de ne pas compromettre la protection du public.

« Les circonstances actuelles liées à la COVID-19 exercent une pression sur le milieu de la santé et sur les professionnels qui y œuvrent. Les personnes ayant quitté la profession infirmière qui souhaitent prêter main-forte seront donc les bienvenues. Nous saluons la rapidité avec laquelle la ministre de la Santé et des Services sociaux, Danielle McCann, a déposé l'arrêté

[ministériel] le 15 mars dernier, nous donnant ainsi les pouvoirs nécessaires pour agir rapidement », réagit Luc Mathieu. Les infirmières et infirmiers qui détiennent une autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire peuvent exercer la profession, y compris toutes les activités réservées. Quant aux infirmières et infirmiers qui ne sont pas admissibles à l'autorisation spéciale d'urgence sanitaire, ils obtiennent un droit d'exercice limité en lien avec les activités d'évaluation, d'enseignement et de conseil visant la prévention et le contrôle de la COVID-19. Au 19 mai, l'OIIQ avait délivré 993 autorisations spéciales et procédé à 323 inscriptions au Tableau pour un retour à la profession en raison de la COVID-19.

## 20 mars

### TRANSMISSION DES ORDONNANCES

Le CMQ, l'Office des professions du Québec et l'OIIQ font des recommandations quant à la transmission d'ordonnances en période de pandémie. L'OIIQ invite les infirmières et infirmiers ainsi que les IPS à transmettre les ordonnances pharmacologiques soit verbalement directement au pharmacien, par télécopieur à la pharmacie ou par voie électronique en utilisant le Dossier santé Québec.

## 24 mars

### PRATIQUE À DISTANCE

En vue de limiter l'exposition tant des personnes soignées que des professionnels et de réduire la propagation du virus, les télésoins sont à privilégier. On fait référence entre autres au téléphone, au courriel et à la téléconsultation. L'OIIQ rappelle aux infirmières et infirmiers qu'ils peuvent intervenir à distance auprès des clientèles lorsqu'ils le jugent approprié à la situation et à la condition de santé de la personne.

## 26 mars

### LES CITOYENS ENCOURAGÉS À PROTÉGER LES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

La contribution de la population est essentielle afin de permettre aux infirmières et infirmiers de faire leur travail, signale le président Luc Mathieu dans [une lettre publiée dans La Presse+](#).

« Si la mission première de l'OIIQ est la protection du public, aujourd'hui nous avons besoin du public pour protéger nos infirmières et infirmiers, écrit-il. Ils doivent continuer à prodiguer des soins avec un professionnalisme qui n'est plus à démontrer, tout en se protégeant afin de ne pas transmettre le virus à leurs collègues, à leurs patients et à leur famille. »

Bien que les mesures de protection en place dans les établissements de santé permettent de minimiser les risques d'infection, les soignants vivent également des inquiétudes et des préoccupations quant à leur propre santé. Dans le contexte de l'urgence sanitaire, l'aide de la population est indispensable pour protéger la santé des infirmières et infirmiers et leur permettre de déployer leur expertise. Le respect des consignes promulguées par les instances de santé publique contribue à limiter la propagation du virus, à rassurer les infirmières et infirmiers ainsi que tout le personnel du réseau de la santé, et à éviter toute surcharge dans les établissements.

*En vue de limiter l'exposition tant des personnes soignées que des professionnels et de réduire la propagation du virus, les télésoins sont à privilégier.*

## 27 mars

### LANCEMENT D'UNE CAMPAGNE DE SOUTIEN

Pendant que le reste du Québec est en pause, vous, les infirmières et infirmiers, n'arrêtez pas. Vous êtes à pied d'œuvre à travers la province, et ce, malgré la fatigue, les risques et les sacrifices que cela suppose, continuant de prodiguer des soins avec un professionnalisme qui n'est plus à démontrer. Le public est invité à partager sa gratitude envers les infirmières et infirmiers de partout au Québec en publiant des messages de soutien et de remerciement sur les réseaux sociaux, avec le mot-clic #merciinfiniment.

## 3 avril

### RÉAFFECTATION : MISE AU POINT

L'OIIQ apporte certaines précisions concernant la réaffectation d'infirmières et d'infirmiers à d'autres environnements de soins pour contribuer aux efforts de prévention et de contrôle de la COVID-19. Lors d'une demande de réaffectation, il faut d'abord que l'infirmière et l'infirmier sachent précisément ce qu'on attend d'eux dans leur nouvel environnement de travail. S'ils jugent ne pas disposer des compétences et connaissances requises, ils ont le droit et l'obligation professionnelle d'en informer leur supérieur immédiat. Si leur signalement n'est pas pris en compte, ils peuvent se référer aux mécanismes de protection de leur établissement.

Il est de la responsabilité professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier de s'assurer qu'ils possèdent les habiletés et connaissances requises en tout temps. Lorsqu'ils constatent être face à leurs limites, ils doivent aviser leur gestionnaire. Ensemble, ils pourront évaluer les besoins de formation, d'aide, d'assistance ou de supervision de l'infirmière ou de l'infirmier, afin qu'ils soient à même de contribuer selon leurs compétences.

En situation exceptionnelle, il est normal de devoir prêter main-forte à ses collègues. Il faut savoir que, peu importe l'apport qui est demandé à l'infirmière et à l'infirmier, ces derniers n'ont pas à être des experts du domaine de soins visé; il s'agit plutôt pour eux de mettre leur expertise à contribution avec prudence, compétence et diligence.

## 8 avril

### NIVEAUX DE SOINS EN CHSLD

Le MSSS émet des directives particulières en lien avec la détermination, la révision et la mise à jour d'un niveau d'intervention médicale (NIM) par les infirmières et infirmiers, en conformité avec les normes du CMQ. Si la directive de procéder ou non à la réanimation cardiorespiratoire (RCR) revient aux médecins – comme l'ont rappelé l'OIIQ et le CMQ –, les infirmières et infirmiers, compte tenu de leur activité réservée d'évaluation, peuvent être appelés à collaborer au processus de détermination d'un NIM, notamment en amorçant la discussion avec la personne concernée et en y participant, en lui transmettant toute l'information concernant le NIM, en s'assurant qu'elle en maîtrise les modalités et conséquences ou encore, dans certains cas, en reconduisant un niveau de soins et une ordonnance concernant la RCR récemment déterminés au cours d'un séjour en milieu hospitalier.

## 10 avril

### DRESSER DES CONSTATS DE DÉCÈS

La ministre de la Santé et des Services sociaux décrète, par arrêté ministériel, que les infirmières et infirmiers relevant du secteur public québécois peuvent, à certaines conditions, constater le décès d'une personne majeure, dresser le constat de décès et remplir le bulletin de décès. Il n'est plus requis d'appeler le médecin pour demander qu'il remplisse le formulaire *Constat de décès* (SP-3 Bulletin de décès). L'infirmière ou l'infirmier doit toutefois informer ce dernier du décès de la personne. Jusqu'ici, seul un médecin pouvait, à de rares exceptions près, dresser un constat de décès et remplir le bulletin de décès.

*« Si la mission première de l'OIIQ est la protection du public, aujourd'hui nous avons besoin du public pour protéger nos infirmières et infirmiers. »*

LUC MATHIEU  
Président de l'OIIQ

## 14 avril

### CONCENTRER LES EFFORTS EN CHSLD

Les derniers jours ont mis en évidence les taux d'infection hors de contrôle dans les CHSLD. L'OIIQ, très préoccupé par cette situation, invite les infirmières et infirmiers à répondre sans hésiter à la demande du gouvernement dans le but de contribuer au contrôle de la COVID-19 en CHSLD. « C'est un temps qui en appelle à la solidarité et à la collaboration interprofessionnelle, invoque Luc Mathieu. Notre priorité dorénavant est de renforcer la prestation de soins et services en CHSLD et d'intervenir auprès des personnes les plus vulnérables à la COVID-19. Pour celles et ceux qui jugent ne pas détenir les compétences nécessaires, il s'agit de mettre votre expertise à contribution avec compétence et diligence, et de demander assistance ou supervision afin d'être à même de collaborer. »

Investi de sa mission de protection du public, l'OIIQ a fait de la prestation sécuritaire des soins et services en CHSLD un enjeu de première instance en multipliant ses actions et interventions en ce sens depuis 2003. Il a réaffirmé l'importance de déployer l'expertise infirmière en CHSLD, en quantité suffisante, et de réviser la composition des équipes de soins. Les personnes hébergées ont des besoins de santé complexes et nécessitent une intensité de soins constante et élevée. Plusieurs autres ordres professionnels de la santé ont abondé dans ce sens et également dénoncé la situation en CHSLD.

## 16 avril

### PRATIQUE INFIRMIÈRE ET TÉLÉSOINS

L'OIIQ rappelle que l'infirmière ou l'infirmier ainsi que l'IPS qui pratiquent à distance doivent suivre les directives émises en télésoins : procéder à l'évaluation requise par l'état de santé du client et s'assurer de pouvoir obtenir toutes les données pertinentes sur son état de santé; exercer la surveillance clinique, effectuer le suivi requis par l'état de santé du client et prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et traitements; s'assurer qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse assurer le suivi à leur place, s'ils ne sont pas en mesure de le faire; orienter la personne vers le médecin, l'IPS ou un autre professionnel si la situation le nécessite; avoir accès aux outils technologiques appropriés.

## 16 avril

### AUTORISATION D'ÉTAT D'URGENCE SANITAIRE POUR ÉTUDIANTS

L'OIIQ met en place un processus pour que les étudiantes et étudiants souhaitant participer à la prévention et au contrôle de la COVID-19 puissent le faire facilement et sans frais, grâce à un nouvel arrêté de la ministre de la Santé et des Services sociaux en date du 15 avril.

L'OIIQ peut délivrer, sans frais, une autorisation spéciale d'état d'urgence sanitaire permettant l'exercice d'activités infirmières aux étudiantes et étudiants inscrits dans les programmes menant à la profession infirmière, si la personne souhaitant participer à la prévention et au contrôle de la COVID-19 répond à certains critères, soit d'être inscrite à un programme d'études au niveau collégial ou universitaire dont le diplôme donne ouverture au permis de l'Ordre, et qu'il lui reste au plus l'équivalent d'une session à temps plein pour compléter ce programme. Cette autorisation est valide pendant la période de l'état d'urgence sanitaire. Au 19 mai, 560 autorisations spéciales à des étudiantes et étudiants avaient été délivrées.

## 21 avril

### L'EXPERTISE INFIRMIÈRE EN CHSLD

Alors que s'organise un véritable branle-bas de combat en vue d'affecter massivement dans les CHSLD infirmières et infirmiers et autre personnel du réseau de la santé et des services sociaux, Luc Mathieu revient sur l'idée entendue qu'un médecin pouvait accomplir les activités infirmières en CHSLD. Le président de l'OIIQ remet les pendules à l'heure dans une [lettre publiée dans Le Devoir](#). « D'une part, cette allusion trahit la méconnaissance de ces deux professions distinctes, aux connaissances et aux compétences spécifiques, mais dont certaines se recoupent. Soyons bien clairs : le savoir infirmier n'est pas intégré au savoir du médecin. D'autre part, une telle croyance sous-tend une incompréhension de l'expertise requise pour exercer comme infirmière ou infirmier en CHSLD. »

La pratique infirmière en CHSLD requiert une expertise importante, rappelle-t-il. L'évaluation de la condition physique et mentale des personnes hébergées est la pierre angulaire de la pratique infirmière. En CHSLD, elle s'effectue dans un contexte où les résidents sont atteints de plusieurs maladies chroniques qui entraînent de très grandes pertes d'autonomie et des atteintes neurocognitives sévères liées à différents types de démence, dont la maladie d'Alzheimer. Le contexte de la pandémie de COVID-19 a révélé à la société québécoise le manque criant de personnel pour donner des soins de qualité aux résidents afin qu'ils puissent vivre dans la dignité.

## 21 avril

### ENQUÊTE SUR LA QUALITÉ DES SOINS EN CHSLD

Le CMQ, l'OIIQ et l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) annoncent la tenue d'une enquête conjointe portant sur les situations préoccupantes rapportées par les médias au sujet de certains CHSLD. Cette enquête vise à évaluer la qualité des soins de santé dispensés par les membres de ces

#### LES BALADOS DE L'OIIQ

#### POUR ENTENDRE LA VOIX INFIRMIÈRE DEPUIS LE DÉBUT DE LA PANDÉMIE



- Le balado **#merciinfiniment** présente une série de courts entretiens avec des infirmières et infirmiers de divers domaines de pratique – CHSLD, soins palliatifs, santé respiratoire, santé publique, toxicomanie et plusieurs autres – en cette période de pandémie. L'animation sensible de Nicolas Ouellet permet au public de faire connaissance avec 10 membres de la profession et de découvrir avec émotion à quel point la pandémie a ébranlé leur quotidien et celui de leurs clientèles.



- **Stopper la COVID-19.** Cet épisode hors-série du balado *C'est dans l'ère* a été enregistré au début de la pandémie, alors que les infirmières et infirmiers doivent s'adapter à un contexte de pratique jamais vu. Deux infirmières cliniciennes spécialisées en prévention et contrôle des infections expliquent comment il est possible de traverser cette crise sanitaire sans précédent. Leur sang-froid nous rassure.

Disponibles sur toutes les plateformes d'écoute.

ordres professionnels, tant dans les centres privés que dans les centres publics. À cette fin, les enquêteurs analyseront les pratiques du CHSLD Herron (privé non conventionné) et de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (public). Cet échantillonnage permettra de rendre compte des situations observées dans ces deux types de milieux, en couvrant l'ensemble du spectre des soins médicaux et des soins infirmiers qui y sont offerts.

« Il ne s'agit en rien d'une chasse aux sorcières pour trouver des coupables, explique le président de l'OIIQ, Luc Mathieu. L'objectif de l'enquête est plutôt de comprendre ce qui s'est passé pour en arriver à la situation vécue dans ces deux CHSLD. »

Au terme de leur démarche, les enquêteurs des trois ordres déposeront un rapport conjoint, qui contiendra les recommandations qui s'imposent. À la lumière de ce document, le CMQ, l'OIIQ et l'OIIAQ auront une meilleure vue d'ensemble des problématiques vécues dans les CHSLD et pourront, au besoin, poser les actions nécessaires et interpellier les autorités concernées. Il s'agit d'une première collaboration pour les trois ordres professionnels dans un contexte d'enquête conjointe.

## 23 avril

### ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE : ÉNONCÉ DE POSITION

Considérant, d'une part, l'importance de minimiser la prise de risque et, d'autre part, l'urgence de prodiguer des soins dans les meilleurs délais et conditions possible, le CMQ, l'OIIQ, l'OIIAQ et l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec concluent, dans un [énoncé de position conjoint](#), qu'une personne soignante ne disposant pas d'un équipement de protection individuelle adapté devrait renoncer à prodiguer un soin à un patient.

Certaines situations cliniques peuvent être si critiques que la personne soignante pourrait préférer intervenir au risque d'être contaminée. Dans un tel cas, sa décision devrait être prise à la lumière d'un examen attentif de l'urgence d'intervenir et du risque couru, non seulement pour elle et ses proches, mais aussi pour ses collègues et le système de santé.

## 28 avril

### COFFRE À OUTILS VIRTUEL POUR DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

L'OIIQ rend disponible un [coffre à outils virtuel](#), mis à jour en continu, conçu pour les infirmières et infirmiers travaillant auprès des personnes âgées en hébergement et qui, dans le contexte de la COVID-19, viennent prêter main-forte aux équipes déjà présentes, que ce soit dans le réseau public ou dans le réseau privé. Ces infirmières et infirmiers sont réaffectés rapidement dans ce nouveau milieu en contexte d'urgence sanitaire et ont peu de temps pour y être orientés et intégrés. Ce coffre à outils regroupe plusieurs informations utiles sur les soins aux personnes âgées en hébergement. Il peut également être utilisé par tout professionnel ayant besoin de ressources afin d'exercer en hébergement ou auprès des personnes âgées.

## 29 avril

### RECONNAÎTRE LA DÉTRESSE DU PERSONNEL

Les impacts de la crise de la COVID-19 sur la santé mentale des Québécois se font sentir davantage de jour en jour, et les infirmières et infirmiers en première ligne ne sont pas épargnés. Le personnel soignant fait de plus en plus entendre ses inquiétudes et son essoufflement. Luc Mathieu tenait à adresser un message à ses consœurs et confrères afin de les tenir au courant des démarches faites par l'OIIQ pour les soutenir dans cette épreuve.

« En tant qu'ordre professionnel, l'OIIQ est très conscient des efforts sans commune mesure qu'exige la pandémie de COVID-19 de la part des infirmières et infirmiers du Québec, et des nombreux questionnements que celle-ci soulève. Face à tant de changements et d'incertitude, il est tout à fait possible que vous ressentiez une perte de contrôle, de l'anxiété et même de la détresse. Que vous ayez besoin de soutien psychologique ou que vous ayez des questions concernant votre pratique professionnelle, des ressources existent pour vous accompagner. L'OIIQ collabore d'ailleurs avec les ordres professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines pour informer le MSSS des préoccupations des membres, afin que celui-ci mette en place les ressources nécessaires à votre soutien. »

**Lire** [Des ressources pour toutes vos préoccupations](#)

## 4 mai

### TESTS DE DÉPISTAGE SANS ORDONNANCE

À la demande de l'OIIQ, le MSSS confirme que les infirmières et infirmiers peuvent procéder aux tests diagnostiques sans ordonnance de la COVID-19. Une décision que salue Luc Mathieu : « Nous savons que le dépistage de la COVID-19 est un facteur de succès non négligeable dans la lutte contre la propagation de la COVID-19 alors que s'amorcera, au cours des prochaines semaines, le déconfinement graduel, conformément aux directives énoncées par les autorités gouvernementales. »

Les infirmières et infirmiers sont autorisés à procéder sans ordonnance au dépistage de la COVID-19 en conformité avec les directives émises par les autorités, à recevoir directement les résultats des tests initiés et ainsi, à assurer le suivi clinique requis auprès de la clientèle dans les limites de leurs compétences. Dans un esprit de collaboration interprofessionnelle, cette autorisation permettra un arrimage plus fluide du suivi clinique dans le cadre de la prévention et de la lutte à l'égard de la COVID-19.

### SUPERVISION À DISTANCE DES CIPS

L'obligation de la présence sur place du superviseur est levée pour les candidates et candidats IPS (CIPS), comme le recommandaient l'OIIQ et le CMQ. Jusqu'à nouvel ordre, les CIPS peuvent exercer les activités médicales prévues au *Règlement sur les infirmières praticiennes spécialisées* du CMQ sous la supervision, à distance, d'une IPS ou d'un médecin, pour autant que ces derniers soient disponibles en tout temps en vue d'une intervention rapide. Les CIPS ont réussi leur programme de formation et ont les compétences requises pour intervenir auprès de la clientèle visée par la COVID-19, mais sont dans l'attente de réussir leur examen de certification.

*En situation exceptionnelle, il est normal de devoir prêter main-forte à ses collègues. Il faut savoir que, peu importe l'apport qui est demandé à l'infirmière et à l'infirmier, ces derniers n'ont pas à être des experts du domaine de soins visé.*

## 11 mai

### ARTISTES ET GRAND PUBLIC RENDENT HOMMAGE À LA PROFESSION INFIRMIÈRE

La 28<sup>e</sup> Semaine de la profession infirmière (du 11 au 17 mai) est lancée, alors que les infirmières et infirmiers du Québec sont en première ligne dans le cadre de la lutte contre la COVID-19. Cette semaine est l'occasion de rappeler la démarche scientifique qui sous-tend la profession et de mettre en lumière le rôle essentiel qu'elle occupe dans le réseau de la santé.

Visionner la [vidéo hommage aux infirmières et infirmiers](#)

*Dix ordres professionnels, dont le CMQ, l'Ordre des psychologues du Québec et l'OIIQ, unissent leurs voix pour rappeler au premier ministre du Québec et à la ministre de la Santé et des Services sociaux à quel point la santé psychologique des professionnels qui prodiguent des soins et des services à la population est cruciale.*

## 12 mai

### DAVANTAGE DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Face à la détresse exprimée par leurs membres, les ordres professionnels de la Table des ordres du domaine de la santé mentale et des relations humaines tirent la sonnette d'alarme. Dans un souci de protection tant de leurs membres que de tout le personnel du réseau, ce ne sont pas moins de dix ordres professionnels, dont le CMQ, l'Ordre des psychologues du Québec et l'OIIQ, qui unissent leurs voix pour rappeler au premier ministre du Québec et à la ministre de la Santé et des Services sociaux à quel point la santé psychologique des professionnels qui prodiguent des soins et des services à la population est cruciale. Ils en appellent à une reconnaissance de leur détresse et à la mise sur pied immédiate de services supplémentaires de soutien psychologique de proximité, réitérant par la même occasion leur volonté de collaborer activement à la recherche de solutions.

Dans la foulée, Luc Mathieu s'est adressé aux infirmières et infirmiers, dans une vidéo, pour rappeler que la mission de protection du public de l'OIIQ passe inévitablement par une bonne santé physique et mentale des membres de la profession et des conditions d'exercice favorables pour tous les professionnels de la santé.

## 13 mai

### AUTORISATION DE SIGNER DES RETRAITS PRÉVENTIFS POUR LES IPS

Les IPS effectuant des suivis de grossesse ont dorénavant l'autorisation de remplir les formalités nécessaires au retrait préventif d'une travailleuse enceinte ou qui allaite. Cette avancée est rendue possible grâce à l'entrée en vigueur, par décret ministériel, de dispositions législatives contenues dans le projet de loi n° 43. Rappelons que ce projet de loi (devenu la loi 6), adopté le 17 mars, constitue une avancée historique en reconnaissant la compétence et l'expertise des IPS en fonction de leur classe de spécialité, notamment pour diagnostiquer des maladies et déterminer des traitements médicaux.

## 15 mai

### CE QUE NOUS RÉVÈLE LA CRISE DE LA COVID-19

« La crise de la COVID-19 nous a permis collectivement de constater que l'expertise de la profession infirmière est un incontournable en matière de soins à la population, encore plus en période de pandémie, écrit Luc Mathieu dans son éditorial de *Perspective infirmière*. Tout le Québec reconnaît aujourd'hui l'importance de la contribution des infirmières et infirmiers et leur détermination à bien soigner malgré les inquiétudes et la peur, bien légitimes en cette période de crise. Les remerciements proviennent de tous les secteurs de la société. »

Cette pandémie a aussi exposé au grand jour les limites du modèle de soins prodigués aux personnes âgées, notamment celles vivant en résidence ou en CHSLD. Depuis des années, plusieurs organisations, dont l'OIIQ, ont décrié le manque de ressources et d'expertise disponibles en CHSLD, qui ne sont pas que des milieux de vie, mais aussi des milieux de soins où, le plus souvent, les bénéficiaires sont des résidents atteints de pathologies multiples, ce qui complexifie l'évaluation de leur état de santé physique et mentale – pierre angulaire de la pratique infirmière. « L'expertise de l'équipe de soins devient alors un enjeu incontournable et, en ce sens, les infirmières et infirmiers jouent un rôle de premier plan, étant le centre de coordination des soins à offrir. » ●



### PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE LA COVID-19

Pour connaître les plus récentes directives concernant la prévention et le contrôle de la COVID-19 et suivre les communications de l'OIIQ, consultez le [fil d'actualité](#) et le [centre de ressources](#) sur [oiiq.org](#).

SINCÈREMENT  
MERCI

NOUS AVONS  
PLUS QUE JAMAIS  
BESOIN  
DE VOUS

PLACEMENT EN SANTÉ  
RECRUTEMENT  
INFIRMIÈRES  
partout au Québec



PLACEMENT EN SANTÉ

**OBTENEZ UNE PRIME**

si vous changez d'agence  
ou si vous référez du personnel.\*

**CODEBLEU.CA**

cv@codebleu.ca

1-877-343-BLEU

Télécopieur : 1-866-532-8281



\*Certaines conditions s'appliquent.  
Numéro de permis : AP-200016



## L'ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF AUX URGENCES

# Les quatre volets essentiels à son rôle et à sa pratique professionnelle

L'assistante infirmière-chef (AIC) aux urgences est à la fois responsable du contrôle de la qualité des soins et de la gestion du personnel aux urgences. Cet article décrit les activités prioritaires d'une AIC ainsi que ses responsabilités. Il identifie les connaissances, habiletés et attitudes – les compétences – attendues de l'AIC à l'urgence et, enfin, recommande des actions pour promouvoir son rôle.

par **MARYSE GRÉGOIRE, inf., B. Sc., M.A.**, et **JULIE LABRECQUE, inh.**

**L'AIC agit comme personne-ressource auprès des équipes de soins, des équipes multidisciplinaires et des médecins dans la planification, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers. Elle voit au bon fonctionnement des équipes et à une répartition équitable de la charge de travail.**

Depuis les fusions de 2015 dans le réseau de la santé et des services sociaux, le territoire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS) regroupe neuf urgences de tailles et de missions différentes. Les AIC consacrent beaucoup de temps aux communications et aux tâches administratives. Dans les plus petites urgences, elles prennent en charge un groupe de patients.

Cette restructuration du réseau a nécessité l'harmonisation de plusieurs cultures organisationnelles. La direction des services du CIUSSSE-CHUS a alors entrepris la révision du rôle et des responsabilités cliniques de l'AIC aux urgences pour qu'elle puisse assurer la qualité des soins et optimiser la gestion du personnel. La collaboration entre l'AIC et le chef de service a également été revue afin de coordonner les fonctions et les activités de soins infirmiers aux urgences.

La révision des rôles et responsabilités a réaffirmé le leadership clinique de l'AIC aux urgences de façon qu'elle soit guidée et soutenue dans l'exercice de ses fonctions. Par son expertise et son expérience, l'AIC est une personne-ressource pour l'ensemble du personnel. Elle sert de modèle notamment aux infirmières novices et aux membres des équipes de remplacement (CHUS, 2007, 2011). Les auteurs de cet article ont collaboré à cette révision. Leur démarche est basée sur le *Modèle de caring de Dingman* (1999) et sur l'approche humaniste de soins de la direction de soins infirmiers (DSI) (CIUSSSE-CHUS, 2017a, 2017b).

### FONCTIONS PRINCIPALES DE L'AIC

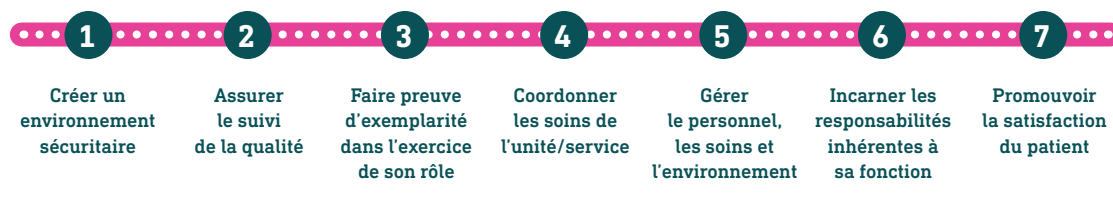
Sous l'autorité du chef de service, l'AIC planifie, supervise et coordonne l'ensemble des activités cliniques de son secteur pour la durée de son service, en lien avec les différentes instances de sa direction et l'ensemble des partenaires internes et externes du CIUSSS (**Tableau 1**). Elle assure une gestion optimale des civières en collaboration avec l'équipe de la gestion des lits, les coordonnateurs, le bloc opératoire, le plateau technique et les autres unités de soins.

L'AIC agit comme personne-ressource auprès des équipes de soins, des équipes multidisciplinaires et des médecins dans la planification, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers. Elle voit au bon fonctionnement des équipes et à une répartition équitable de la charge de travail. Elle collabore à la gestion des risques et à l'appréciation du rendement du personnel.

Sous la supervision de la conseillère cadre clinicienne, l'AIC peut également être appelée à élaborer, implanter, évaluer ou réviser des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins. Si requis, elle exerce les fonctions habituelles d'une infirmière et effectue tout autre mandat connexe à la demande de son supérieur immédiat.

De nombreux écrits précisent que le rôle de l'AIC dans un établissement de santé se décline en sept fonctions principales. Ils soulignent également l'importance du leadership de l'AIC parce que ses effets se répercutent sur plusieurs aspects de la qualité des soins infirmiers,

Figure 1  
LES SEPT FONCTIONS PRINCIPALES DE L'AIC



Sources: Adaptation de Eggenberger, 2012; Homer et Ryan, 2013; Royal College of Nursing, 2009, 2010; Sévigny et Effio, 2016.

par exemple la sécurité des soins, la satisfaction du patient, la rétention et le rendement du personnel (Eggenberger, 2012; Royal College of Nursing, 2009, 2010; Sévigny et Effio, 2016) (Figure 1).

Le *Modèle de caring de Dingman* (1999) propose cinq comportements distinctifs qui permettent à l'infirmière d'entrer en relation avec le patient et sa famille :

1. Se présenter au patient et à sa famille et expliquer son rôle.
2. Appeler la personne par le nom qu'elle préfère.
3. Utiliser le toucher de façon appropriée.
4. Discuter avec le patient des priorités de soins et des résultats visés.
5. Planifier des soins et des services en cohérence avec les valeurs et la mission de l'organisation.

Ces comportements s'inscrivent dans l'approche humaniste des soins promue par la direction des services généraux, de qui relèvent directement les services d'urgence du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Dans le cadre de leur rôle sur le contrôle de la qualité des soins et de l'accompagnement du personnel infirmier des équipes de soins, les AIC aux urgences valorisent ces comportements.

Les valeurs mises de l'avant par la direction des soins infirmiers vont également dans le même sens, soit de « Prendre *soin avec bienveillance* par notre *humanisme* en faisant preuve de respect et d'écoute dans nos relations; Engagement, en s'impliquant et en collaborant avec nos partenaires et *adaptabilité* en étant à l'affût des pratiques exemplaires, en faisant preuve de créativité et de

flexibilité et en reconnaissant la diversité et les compétences de tous » (CIUSSSE-CHUS, 2017a, b; Roy, 2013).

#### LEADERSHIP INFIRMIER

Le leadership infirmier de l'AIC est une référence pour l'équipe de soins. Pour l'exercer, l'AIC doit posséder les connaissances, habiletés et attitudes qui lui permettent d'assumer son rôle et ses responsabilités professionnelles (Tableau 2).

Ainsi, elle peut comprendre la situation clinique d'un patient et l'interpréter, établir des relations fondées et documentées entre la condition de santé et les actions à poser et effectuer les interventions appropriées.

Elle peut conseiller le patient et sa famille, faire de l'enseignement et établir une alliance avec eux, et ce, dans le respect de leurs droits. Elle intègre des principes éthiques à sa pratique professionnelle en tenant compte des valeurs organisationnelles, professionnelles et personnelles. Elle connaît ses forces et ses limites et n'interviendra que si elle possède les connaissances et les habiletés requises. Au besoin, elle effectue des recherches pour assurer une pratique sécuritaire. Elle sait reconnaître ses erreurs ou ses omissions et elle veille à améliorer sa pratique et ses comportements. Elle participe à des séances de formation pour contribuer à son développement.

L'AIC exerce un leadership en mobilisant son équipe, en l'encourageant et en manifestant de la reconnaissance pour la contribution respective de chacun de ses membres.

Tableau 2  
CONNAISSANCES, HABILITÉS ET ATTITUDES DE L'AIC\*

• Privilégie l'approche patient	• Est efficace, capable d'analyses et détient des habiletés d'intervention (qualité des décisions)
• Fait preuve de crédibilité et d'intégrité	• Maîtrise ses émotions en situation stressante
• Démonstre un leadership mobilisateur, de l'autonomie et de la créativité	• Fait preuve de diplomatie, d'empathie, de courtoisie et de patience envers la clientèle, son équipe de travail et ses supérieurs
• Accompagne son équipe pour développer sa performance	• Fait preuve d'habiletés efficaces, de respect, d'éthique dans ses communications, attitudes et comportements
• Possède une facilité d'adaptation et une capacité de travailler en équipe, sous pression, dans un environnement changeant	• Assure une vigie afin de respecter les ententes de gestion centrées sur les résultats

Source : CIUSSSE-CHUS, 2017c.

\*NDLR : Sur un plan plus sémantique, on parle aujourd'hui de compétences attendues plutôt que d'habiletés et d'attitudes.

Tableau 2

**ACTIVITÉS PRIORITAIRES DE L'AIC AUX URGENCES EN QUATRE VOLETS (CSSS LA POMMERAIE, 2015)****1. GESTION ADMINISTRATIVE DE L'UNITÉ OU DU SERVICE**

**Ce premier volet consiste à assurer une organisation des soins en répartissant les membres de l'équipe selon les besoins de la clientèle. L'AIC tient compte de l'individualité des soins en impliquant le patient et sa famille. Elle planifie un déroulement optimal des journées types et des activités prioritaires de son équipe en tenant compte des imprévus. Elle répartit le personnel en fonction des besoins de la clientèle et en considérant l'expertise du personnel en place, la continuité et la complexité des soins ou les situations d'urgence. Elle prévoit les pauses et les repas. Elle assigne et autorise les heures supplémentaires et les horaires de travail.**

- Elle coordonne l'ensemble des activités quotidiennes liées au cheminement de la clientèle, telles que la gestion des demandes de référence, la réorientation, la gestion des lits et civières, l'accueil, l'admission, la planification des départs, les transferts et les congés.
- Elle soutient les intervenants pour qu'ils se conforment aux normes de documentation (notes d'observations, plan thérapeutique infirmier (PTI), profil pharmaceutique) et utilisent les outils de planification des soins (fiches de transfert d'information aux points de transition, rapports inter-quarts). Au besoin, elle assiste l'infirmière dans la révision des dossiers.
- Elle agit comme personne-ressource et soutient le personnel lors de situations cliniques complexes ou d'urgence. Elle assure la coordination des soins et la continuité des activités en collaboration avec les équipes de soins et les équipes interdisciplinaires, les médecins, les autres intervenants, les patients et leur famille.
- Elle procède à une tournée de l'unité en début de quart et identifie les besoins de la clientèle. Avec le chef de service, elle collabore au traitement des plaintes, en plus d'accompagner et de soutenir les familles au besoin.
- Elle prend connaissance des rapports d'incident/accident, complète l'analyse, met en place les mesures préventives avec son équipe et en assure le suivi. Elle est imputable auprès du chef de service de l'évaluation des situations déclarées et des correctifs apportés (erreur de médicaments, chute, fugue, etc.). Elle adopte une attitude professionnelle empreinte de respect et d'ouverture avec la clientèle (patients et familles), les membres des équipes soignantes et les autres intervenants.
- Elle s'assure que le décompte des narcotiques est effectué en début et en fin de quart et elle fait le suivi des écarts. Elle communique à son supérieur immédiat les changements ou les situations problématiques. En situation d'urgence ou de crise, par exemple un code orange, elle dirige et applique les directives de l'établissement.
- Elle supervise la gestion des activités à risque (RCR, AVC, patient agressif, intoxication) et les situations d'urgence selon les corridors de services en place. Elle collabore à l'application du plan de débordement de l'urgence.
- Elle agit de façon proactive, consulte, partage son point de vue et suggère des solutions de rechange aux médecins et autres intervenants afin de parvenir à un consensus dans une approche interdisciplinaire. Elle évalue les besoins et planifie les soins émanant des ressources de l'équipe multidisciplinaire (travailleur social, physiothérapeute, etc.).
- Elle interagit avec l'équipe soignante et les consultants médicaux dans le but d'atteindre les cibles de durée moyenne de séjour à l'urgence du MSSS. Si nécessaire, elle consulte d'autres membres de l'équipe interprofessionnelle (équipe de gériatrie, infirmière stomathérapeute, soins palliatifs, etc.).
- Elle collabore à l'implantation et à l'évaluation des politiques et procédures du service et de l'organisation.

**2. GESTION DU PERSONNEL ET DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET MATÉRIELLES**

**Le deuxième volet porte sur la gestion de l'ensemble des ressources. La gestion des ressources humaines s'avère une responsabilité importante de l'AIC aux urgences, surtout dans un contexte d'emploi où la pénurie d'infirmières suscite un roulement du personnel, un recours aux heures supplémentaires sur une base volontaire ou imposée, de l'absentéisme, des maladies professionnelles et de nombreux départs à la retraite.**

- Ainsi, l'AIC doit favoriser le travail d'équipe et développer un climat d'entraide et de complémentarité. Elle établit le plan de travail et détermine les priorités des préposés aux bénéficiaires et du personnel de soutien. Elle s'assure que chaque membre de l'équipe comprend son rôle et interviendra au besoin. Elle exerce un leadership mobilisateur. Elle encourage son équipe et exprime de la reconnaissance à l'égard de la contribution de chacun. Elle délègue du travail à son équipe, lui offre du soutien et la responsabilise.
- Elle est habile à désamorcer les conflits et à gérer des situations difficiles. Elle se réfère aux principes de résolution de problème et utilise la technique de l'écoute active pour communiquer avec les personnes qui vivent des difficultés. Elle leur témoigne du respect et de l'empathie et les soutient dans leurs démarches de changement.
- Elle collabore à l'analyse budgétaire, au suivi et aux plans de redressement. Elle identifie les besoins d'acquisition ou d'entretien des équipements, du mobilier et des fournitures.
- Elle contribue à l'achat de nouveaux produits. L'AIC doit s'assurer que l'environnement de même que les ressources matérielles et informationnelles répondent aux normes de qualité et de sécurité.

### 3. GESTION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

**Ce troisième volet constitue une responsabilité importante de l'AIC aux urgences, car il est associé à son leadership clinique, à la compétence professionnelle de son équipe et à la qualité des soins donnés aux patients.**

- Ainsi, l'AIC collabore au développement, à l'implantation et à l'évaluation des programmes d'amélioration de la qualité du service et des soins. Ces programmes se penchent notamment sur :
  - La gestion de la douleur (administration des opiacés et prévention, évaluation et suivi des plaies)
  - La prévention des chutes, la mobilité de la clientèle, la réduction des mesures de contrôle et tout autre indicateur sensible en soins infirmiers
  - La gestion des plaintes et des risques
  - Le suivi des recommandations (agrément, inspections professionnelles, etc.)
  - L'application des protocoles spécifiques aux urgences et aux différentes clientèles
  - La double vérification de l'identification et la gestion sécuritaire des médicaments
  - La double vérification indépendante
- En veillant à la qualité et à la sécurité des soins et des services offerts, l'AIC repère rapidement les difficultés cliniques et les risques majeurs. Elle anticipe les problèmes, en plus de participer à l'analyse des écarts et à l'identification des correctifs. Elle contribue à la qualité, à la saisie et à l'intégrité des données afin de produire des tableaux en lien avec les ententes de gestion.
- Elle collabore à l'évaluation de la qualité des soins et services en tenant compte de l'analyse des besoins et des ressources disponibles et elle participe aux révisions systématiques des processus par une approche Lean et d'amélioration continue. Elle suggère des modifications aux fonctionnements de façon à améliorer les soins.
- Elle s'assure que le personnel offre un niveau de qualité de soins optimal aux patients dans le respect des valeurs de l'organisation. Elle veille à ce que les droits des patients et des familles soient respectés. Elle les informe de leurs responsabilités et prend fait et cause pour leurs droits tout en conservant une distance professionnelle.
- Parmi ses responsabilités cliniques, l'AIC coordonne les mesures de prévention des infections. Elle s'assure que les outils de suivi de la clientèle, par exemple la collecte de données et le PTI, sont complétés. Elle connaît et applique les documents de référence pertinents à la pratique infirmière.
- Elle reconnaît son champ de compétence et de pratique ainsi que ceux des autres membres de l'équipe de soins avec lesquels elle travaille en interdisciplinarité. Elle exploite sa créativité et apporte des suggestions et des pistes de solution dans une approche d'amélioration continue de la qualité. Sa contribution à ce chapitre est significative.

### 4. SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DE L'ÉQUIPE ET AUX CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS

**Ce quatrième volet fait valoir le rôle motivateur de l'AIC aux urgences sur l'équipe soignante et son impact sur l'amélioration de la qualité des soins.**

- Ainsi, l'AIC anime son équipe de façon à susciter une pratique de soins infirmiers fondés sur des données probantes. Elle accompagne et assiste l'équipe soignante dans les situations de cas complexes en collaboration avec la conseillère en soins. Elle incite l'infirmière à tenir un rôle de leader au sein de son équipe. Elle encourage ses collègues à participer à des projets novateurs et appuie les membres de son équipe dans le développement de leurs compétences. Elle apporte aussi un important soutien aux infirmières novices dans leur parcours d'apprentissage et de développement professionnel à l'urgence (dont la durée s'échelonne sur un minimum de deux ans).
- Elle contribue à l'évaluation du personnel et collabore à l'identification des besoins de développement et de formation des membres de l'équipe.
- Afin de favoriser leur parcours d'apprentissage à l'urgence, elle participe à l'accueil des infirmières novices (0 à deux ans d'expérience). Elle reçoit aussi des étudiants inscrits au programme de diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et au baccalauréat en sciences infirmières. Elle participe d'ailleurs à l'orientation et à l'appréciation du nouveau personnel et elle soutient le chef de service dans l'évaluation du rendement du personnel, y compris les stagiaires, et l'amélioration continue de la qualité.
- Elle travaille également avec le chef de service pour implanter et gérer les changements à l'unité, au service et à l'organisation. L'AIC se doit d'être un agent positif de changements. Elle voit aussi à une circulation optimale de l'information au sein de l'équipe comme les politiques, les méthodes de soins, les ordonnances collectives ou les formulaires.

## RECOMMANDATIONS

En réponse aux observations courantes et reconnues dans le réseau, la gestion administrative occuperait une part trop importante de la charge de travail de l'AIC. Nous aimerions promouvoir aussi son rôle de gestionnaire clinique aux urgences.

Bien qu'aux urgences du CIUSSSE-CHUS, le rôle de l'AIC ait grandement profité de la révision de 2017, nous voulons conclure avec les recommandations suivantes (CIUSSSE-CHUS, 2017d) :

- L'AIC devrait être une infirmière clinicienne, particulièrement aux urgences (soins critiques).
- Si l'AIC a des patients à sa charge, il faudrait s'assurer qu'elle puisse également effectuer ses tâches d'AIC. Elle pourrait ainsi être libérée quelques jours par semaine pour assumer les responsabilités cliniques et administratives attendues de l'AIC.
- Une infirmière clinicienne devrait alors être nommée au poste d'AIC à temps partiel afin d'assurer une continuité. Elle serait sélectionnée selon son profil de compétence et non par ancienneté.

- Il y aurait lieu d'instaurer des rencontres annuelles ou semestrielles d'AIC de toutes les urgences avec un programme proposant de la formation ainsi que des partages de connaissances et d'expériences.
- Des conseillères en soins infirmiers devraient être disponibles pour soutenir la pratique clinique des équipes aux urgences.
- Un plan d'action devrait être développé pour communiquer entre autres le rôle et les responsabilités de l'AIC.
- Les activités de l'AIC devraient être revues et celles à valeur non ajoutée devraient être retirées de ses tâches.

Cet exercice a mis en lumière le soutien dont les AIC aux urgences ont besoin pour se développer professionnellement. Il indique aussi les critères de sélection qui devraient servir à leur recrutement. ●

## LES AUTEURES

MARYSE GRÉGOIRE  
Inf., B. Sc., M. A.

Conseillère cadre clinicienne aux urgences à la Direction des soins infirmiers, volet qualité et évolution de la pratique professionnelle du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Elle est professeure associée de clinique à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

JULIE LABRECQUE  
Inh.

Inhalothérapeute, chef de service urgence – Réseaux locaux de services du Val Saint-François et d'Asbestos du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

## REMERCIEMENTS

Les auteures remercient Julie Caron, infirmière et chef de service urgence – Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins et Isabelle Therrien, infirmière et chef de service urgence – Réseau local de service Memphrémagog et Coaticook, pour leur collaboration à cet article. Elles remercient également les autres chefs de service des urgences du CIUSSS Estrie-CHUS : Claudie Gagnon, Hélène Loisel, Jessica Simard et Rémy Lalancette, ainsi que Luce Gagnon, coordonnatrice des urgences et du préhospitalier du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

## RÉFÉRENCES

- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). (2013). «Adjoint au chef d'unité de soins spécialisés-urgence».
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). (2004). «Rôle Assistante infirmière chef».
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). (2007). «Description de fonction: Infirmière clinicienne assistante infirmière chef #1912».
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). (2011). «Vision et attentes de la DSI envers les AIC».
- Centre de santé et des services sociaux (CSSSS) du Granit. (s. d.). «Description de fonctions : Assistante du supérieur immédiat». Direction des ressources humaines: G4-0300: 075-076-106-825-854-859.
- Centre de santé et des services sociaux (CSSSS) du Granit. (s. d.). «Description de fonctions : Assistante supérieur immédiat». Direction des ressources humaines: G4-0300: 108-117-813-814-861-855.
- Centre de santé et des services sociaux (CSSS) La Pommerai. (2015). «Assistante au supérieur immédiat: Fonction et responsabilités». Direction des soins infirmiers.
- Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Memphrémagog. (2003-2010). «Description de tâches : Assistante infirmière chef».
- Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Memphrémagog. (2013). «Description de tâches : assistante infirmière-chef clinicienne».
- Centre de santé et des services sociaux (CSSS) des Sources. (s. d.). «La description d'emploi: au cœur de l'organisation du travail – Assistante infirmière chef».
- Centre universitaire de santé Mc Gill (CUSM). (2013). «Description de poste – Infirmière clinicienne assistante infirmière-chef #1912».
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). (2017a). «Offre de services». Direction des soins infirmiers – Volet qualité et évolution de la pratique professionnelle 2016-2017.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). (2017b). «Projet de définition du rôle de l'Assistante infirmière chef». Direction des soins infirmiers.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). (2017c). «Rôles et responsabilités de AIC/ASI aux urgences : Rôle attendu de l'AIC/ASI à l'urgence». Direction des services généraux.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). (2017d). «Rôles et responsabilités de AIC/ASI aux urgences: Activités prioritaires de l'AIC/ASI». Direction des services généraux.
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). (2017e). «Rôles et responsabilités de AIC/ASI aux urgences: Mandat du comité de travail à la demande de la DSG». Direction des services généraux.
- Dingman, S. K., Williams, M., Fosbinder, D. et Warnick, M. (1999). «Implementing a caring model to improve patient satisfaction». *Journal of Nursing Administration*, 29(12), 30-37.
- Eggenberger, T. (2012). «Exploring the nursing charge role: Holding the frontline». *Journal of Nursing Administration*, 42(11), 502-506.
- Homer, R. et Ryan, L. (2013). «Making the grade: Charge nurse education improves job performance». *Nursing Management*, 44(3), 38-44.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2009). «Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière – Compétences initiales» (2<sup>e</sup> éd.). Montréal: OIIQ.
- Roy, M. (2013). «Le modèle humaniste des soins infirmiers de la faculté des sciences infirmières». *L'Avant-Garde-Le journal des soins infirmiers du CHUM*, 13(2), 1-4.
- Royal College of Nursing (RCN). (2009). «Breaking up barriers, diving up standards. The role of the sister charge nurse». Londres (UK): RCN.
- Royal College of Nursing (RCN). (2010). «Making the business case for ward sisters/Team leaders to be supervisory to practice». Londres (UK): RCN.
- Sévigny, I. et Effio, P. (2016). «L'assistante infirmière-chef d'unité et la qualité des soins». *Perspective infirmière*, 13(4), 25-27.



## Pourquoi avoir choisi le CHSLD Saint-Lambert sur-le-Golf?

«Parce que j'aspirais à une qualité de vie, à un milieu de travail familial orienté dans le sens de mes valeurs. C'est ce que j'y ai retrouvé! Mon poste d'infirmière et son aménagement m'ont aussi permis de poursuivre mes études universitaires. Mon travail m'apporte chaque jour, satisfaction et fierté. En contribuant à une équipe compétente, nous avons le sentiment d'ajouter, au quotidien, un peu de Soleil dans la vie de nos résidents.»

Joignez-vous à Dominique en postulant aujourd'hui!  
chslid\_rh@residencessoleil.ca • 555 Tiffin, Saint-Lambert



# Plus de 30 ans à veiller sur vous

La Capitale est fière d'assurer les membres de l'Ordre depuis plus de 30 ans. Informez-vous sur votre programme d'assurance responsabilité professionnelle.

**[lacapitale.com/oiiq](https://lacapitale.com/oiiq)**

**La Capitale** 

## À PROPOS DES **maladies cardiovas- culaires chez les femmes**

par **DALILA BENHABEROU-BRUN,**  
B. SC. INF., B. SC., M. SC.

Au Québec en 2016, les maladies cardiovasculaires ont causé le décès de 5 124 femmes de plus de 65 ans contre 4 767 hommes du même groupe d'âge (INSPQ, 2018). De véritables différences biologiques existent entre les sexes, et elles ne sont pas toutes évidentes. Par exemple, la plaque s'accumule différemment dans leurs vaisseaux sanguins. Pourtant, les deux tiers des études cliniques sur les maladies cardiovasculaires portent sur les hommes (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2020).

RÉPONSES DE LA PAGE 17

### L'AUTEURE

DALILA BENHABEROU-BRUN  
B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Rédactrice indépendante, elle publie des articles et des ouvrages en soins infirmiers sur des sujets cliniques.

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



### 01. Les femmes sont moins vulnérables que les hommes aux maladies cardiovasculaires.

Réponse :  Faux


La maladie cardiaque constitue la première cause de décès chez les femmes de plus de 35 ans dans le monde, avant tous les types de cancers confondus (Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes, s. d.). Aux États-Unis, 412 000 femmes ont perdu la vie à cause d'une maladie cardiovasculaire avant l'âge de 55 ans. Pourtant, les femmes ne représentent que 30 % des patients frappés par l'infarctus du myocarde au Québec. Même si les durées d'hospitalisation ont diminué au cours des deux décennies et que le taux de mortalité est passé de 12,6 % à 7 %, la situation des femmes demeure inquiétante. En effet, les hommes et les femmes partagent les mêmes facteurs de risque que sont l'angine instable, le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme, mais les femmes voient leur risque de décès augmenter (INSPQ, 2018).

### 02. Anatomiquement et physiologiquement, le cœur d'une femme est identique à celui d'un homme.

Réponse :  Faux

L'anatomie du cœur et les mécanismes physiopathologiques des femmes sont différents de ceux des hommes. Le cœur et les artères coronaires sont plus petits chez les femmes comparativement à ceux des hommes (Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes, s. d.). Les femmes présentent une plus petite masse ventriculaire gauche, ainsi qu'une épaisseur réduite de la paroi ventriculaire et des dimensions limitées des oreillettes, par rapport aux hommes. En plus d'une diminution de l'activité sympathique et d'une augmentation du parasymphatique, d'un niveau moindre de norépinephrine et d'un plus bas niveau d'hémoglobine, les femmes présentent aussi une plus grande fraction d'éjection et trois à cinq battements cardiaques de plus à la minute, comparativement à leurs homologues masculins; enfin, leur taux de troponine est plus bas lors d'un infarctus (Lew et al., 2017). Sur le plan hématologique, la différence s'explique par les pertes menstruelles qui influencent les indices hématologiques et électrocardiaques (McSweeney et al., 2016). Les petits vaisseaux du cœur des femmes sont plus atteints que les coronaires (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, 2018). La majorité (90 %) des patients qui présentent une dissection spontanée des artères coronaires sont des femmes, plus jeunes, qui subissent des conséquences gravissimes comme l'infarctus, l'arrêt cardiaque et le décès (Saw et al., 2019).

### 03. Les femmes ménopausées sont plus à risque de maladies cardiovasculaires que les autres femmes.

Réponse :  Vrai

Les déséquilibres hormonaux constituent le premier facteur important. Durant la ménopause, la diminution drastique des taux d'œstrogènes, hormones ayant un effet protecteur sur la santé cardiovasculaire, expose les femmes à un plus grand risque cardiaque. Plus la ménopause est précoce, plus les risques augmentent (Muka et al., 2016). De plus, le diabète et la dyslipidémie (cholestérol) fragilisent le système vasculaire, particulièrement à la ménopause à cause de la chute des œstrogènes (Pedersen et al., 2016).

Paradoxalement, la prise d'hormones de substitution à la ménopause augmente le risque de survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC (Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2018). Cependant, retenons qu'à un plus jeune âge, l'usage de la pilule contraceptive expose les femmes à un plus grand risque de thrombose veineuse (Dayan, Holcroft et Tagalakakis, 2011).

**04. Les signes cliniques de l'infarctus sont semblables chez les femmes et chez les hommes.**

Réponse :  Vrai

La douleur rétrosternale ou thoracique constitue le symptôme principal chez les hommes et les femmes. La différence chez ces dernières réside dans la présence des prodromes moins spécifiques tels que la fatigue inhabituelle, l'anxiété, l'essoufflement ou l'indigestion. Certains symptômes observés ou rapportés sont sous-estimés, voire ignorés chez les femmes. Dans une étude, 53 % des femmes — contre 37 % des hommes — qui se sont présentées à l'urgence avec des symptômes d'infarctus du myocarde ont rapporté que le professionnel de santé n'a pas diagnostiqué de problèmes cardiaques (Lichtman et al., 2018).

**05. Les femmes sous-estiment leurs facteurs de risque, ce qui les empêche de consulter.**

Réponse :  Vrai

Les femmes ignorent si elles sont à risque et qu'elles sont généralement sous-diagnostiquées; des campagnes d'information ont par ailleurs été lancées ces dernières années afin de les sensibiliser et de prévenir un accident cardiovasculaire. Ainsi, le slogan « Temps de voir rouge » de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada a mis en exergue les particularités de la santé cardiaque chez les femmes pour permettre à ces dernières de lutter contre ce fléau.

**RÉFÉRENCES**

Centre canadien de santé cardiaque pour les femmes. (s.d.). «La différence». Repéré à <https://cwhhc.ottawaheart.ca/fr/la-difference>

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada. (2020). «L'égalité des chances – Pleins feux 2020 sur les femmes». Repéré à <https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/2020-heart-month-report/fr-2020-spotlight-on-women-fr.ashx?rev=1&hash=89323DDA97E9E6966E670E86A83F3621>

Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2018). «Maladie coronarienne et rétablissement après une crise cardiaque – Guide à l'intention des parents et des familles». Repéré à <https://www.ottawaheart.ca/fr/document/maladie-coronarienne-guide-%C3%A0-l'intention-des-patients-et-des-familles>

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). «Principales causes de décès». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/principales-causes-de-deces>

Lew, J., Sanghavi, M., Ayers, C. R., McGuire, D. K., Omland, T., Atzler, D., ... de Lemos, J. A. (2017). «Sex-based differences in cardiometabolic biomarkers». *Circulation*, 135(6), 544-555. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.023005>

Lichtman, J. H., Leifheit, E. C., Safdar, B., Bao, H., Krumholz, H. M., Lorenze, N. P., ... D'Onofrio, G. (2018). «Sex differences in the presentation and perception of symptoms among young patients with myocardial infarction: Evidence from the VIRGO study (Variation in recovery: Role of gender on outcomes of young AMI patients)». *Circulation*, 137(8), 781-790. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031650>

McSweeney, J. C., Rosenfeld, A. G., Abel, W. M., Braun, L. T., Burke, L. E., Daugherty, S. L., ... Reckelhoff, J. F. (2016). «Preventing and experiencing ischemic heart disease as a woman: State of the science—A scientific statement from the American Heart Association». *Circulation*, 133(13), 1302-1331. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000381>

Muka, T., Oliver-Williams, C., Kunutsors, S., Laven, J. S. E., Fauser, B. C. J. M., Chowdhury, R., ... Franco, O. H. (2016). «Association of age at onset of menopause and time since onset of menopause with cardiovascular outcomes, intermediate vascular traits, and all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis». *Journal of the American Medical Association—Cardiology*, 1(7), 767. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.2415>

Nedkoff, L., Knuiman, M., Hung, J. et Briffa, T. G. (2016). «Long-term all-cause and cardiovascular mortality following incident myocardial infarction in men and women with and without diabetes: Temporal trends from 1998 to 2009». *European Journal of Preventive Cardiology*, 23(12), 1273-1281. Repéré à <https://doi.org/10.1177/2047487316634279>

Nguyen, Q. D., Peters, E., Wassef, A., Desmarais, P., Rémillard-Labrosse, D. et Tremblay-Gravel, M. (2018). «Evolution of age and female representation in the most-cited randomized controlled trials of cardiology of the last 20 years». *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(6). Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.004713>

Pedersen, L. R., Frestad, D., Michelsen, M. M., Mygind, N. D., Rasmussen, H., Suhrs, H. E. et Prescott, E. (2016). «Risk factors for myocardial infarction in women and men: A review of the current literature». *Current Pharmaceutical Design*, 22(25), 3835-3852.

Peters, T. M., Pelletier, R., Behloul, H., Rossi, A. M. et Pilote, L. (2017). «Excess psychosocial burden in women with diabetes and premature acute coronary syndrome». *Diabetic Medicine*, 34(11), 1568-1574. Repéré à <https://doi.org/10.1111/dme.13452>

Saw, J., Starovoytov, A., Humphries, K., Sheth, T., So, D., Minhas, K., ... Mancini, G. B. J. (2019). «Canadian spontaneous coronary artery dissection cohort study: In-hospital and 30-day outcomes». *European Heart Journal*, 40(15), 1188-1197. Repéré à <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz007>

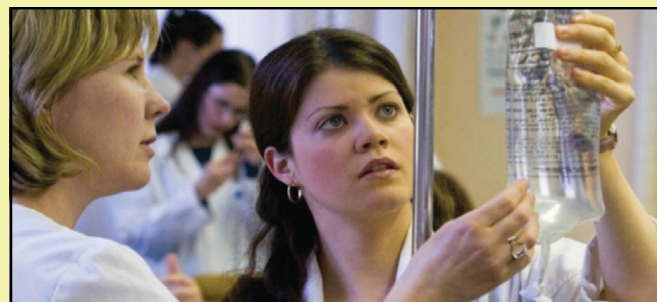
Société canadienne de cardiologie. (2017). «Score de risque de Framingham (SRF) – Estimation du risque de maladie cardiovasculaire (MCV) sur 10 ans». Repéré à [http://www.ccs.ca/images/Guidelines/Tools\\_and\\_calculators\\_Fr/FRS\\_fr\\_2017\\_fn1.pdf](http://www.ccs.ca/images/Guidelines/Tools_and_calculators_Fr/FRS_fr_2017_fn1.pdf)

Wells, G. L. (2016). «Cardiovascular risk factors: Does sex matter?». *Current Vascular Pharmacology*, 14(5), 452-457.

**06. La recherche et les traitements en cardiologie considèrent les hommes au même titre que les femmes.**

Réponse :  Faux

Les femmes sont sous-représentées dans les études cliniques randomisées en cardiologie : elles ne comptent que pour 27 % des participants (Nguyen et al., 2018). Deux études cliniques sur trois incluent principalement les hommes. Les données et les recommandations concernant les diagnostics, les traitements et les suivis des maladies cardiaques ne seraient donc pas adaptés à la situation particulière des femmes. Enfin, le modèle de Framingham évaluant les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (MCV) serait moins précis pour la population féminine (Société canadienne de cardiologie, 2017).



**Formation à distance, programmes pour  
LES INFIRMIER(ÈRES)**

- Baccalauréat en sciences infirmières (B.sc inf)
- Certificat en gérontologie
- Certificat en soins continus

**Date limite pour l'admission de septembre : 30 juin**

Les programmes sont offerts en anglais seulement.

Le programme post-RN BScN a reçu en 2018 une accréditation de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)



Numéro sans frais : 1-800-565-4371 Email : [distance.nursing@stfx.ca](mailto:distance.nursing@stfx.ca)

Télécopieur : 1-902-867-5154

[Stfx.ca/DistanceNursing](http://Stfx.ca/DistanceNursing)

## ÉTUDIANTES, EXTERNES ET CEPI

# Quelles sont les obligations déontologiques de l'infirmière à leur égard?

Dans l'exercice de la profession, les infirmières sont fréquemment appelées à côtoyer de nombreuses étudiantes, externes en soins infirmiers et candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI). Leur arrivée dans les différents milieux de soins amène les infirmières à se questionner sur leurs obligations déontologiques envers ces personnes.

par **JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique, et ÉRIC ROY, inf., B. Sc., LL. M. syndic adjoint**

Le *Code de déontologie des infirmières* et infirmiers peut servir de guide pour cette réflexion, car il précise les devoirs et obligations de l'infirmière envers non seulement le public et le client, mais également envers la profession et ceux qui l'exercent.

Rappelons les obligations déontologiques de l'infirmière applicables en la matière :

- Elle doit échanger ses connaissances avec les autres infirmières, dans la mesure de ses possibilités (art. 8).
- Elle ne peut autoriser une personne qui n'est pas inscrite au Tableau de l'OIIQ à exercer une activité réservée aux infirmières, ni l'aider ou l'inciter à le faire (art. 51).
- Elle doit prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients (art. 42).

### ÉCHANGER SES CONNAISSANCES

Dans sa pratique, l'infirmière a l'obligation d'échanger ses connaissances, notamment avec les autres infirmières, les étudiantes, les externes en soins infirmiers de même que les CEPI, dans la mesure de ses possibilités, et ce, sur des sujets relevant de sa compétence. Les connaissances sont transmises avec l'objectif constant de favoriser l'apprentissage. L'échange de connaissances peut prendre diverses formes comme la démonstration pratique, l'explication verbale et l'observation. Il favorise, chez la relève, la pratique réflexive et le développement du jugement clinique, tout en assurant la continuité et la qualité des soins (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017).

### NE PAS AUTORISER UNE PERSONNE NON INSCRITE AU TABLEAU À EXERCER UNE ACTIVITÉ RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

L'infirmière ne peut pas permettre à une personne qui n'est pas inscrite au Tableau de l'OIIQ d'exercer des activités réservées aux infirmières, ni l'aider ou l'inciter à le faire (Code de déontologie, art. 51), sauf si une loi ou un règlement l'y autorise, comme c'est le cas pour les étudiantes, les externes en soins infirmiers et les CEPI (« Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers »).

Ainsi, pour répondre à cette obligation déontologique, l'infirmière doit notamment s'assurer que toutes les conditions prescrites par le Règlement sont respectées. Par exemple, elle veillera à la supervision de l'exercice des CEPI et fera en sorte que soit respectée la liste d'activités autorisées à l'étudiante, à l'externe en soins infirmiers et à la CEPI. Cette obligation s'applique

à toute infirmière, quelle que soit sa fonction, et doit se traduire dans ses décisions tant administratives que cliniques.

Voyons de façon plus détaillée les obligations des infirmières lorsqu'elles collaborent avec des étudiantes, des externes en soins infirmiers et des CEPI :

- L'étudiante en soins infirmiers, selon les règlements, doit détenir un certificat d'immatriculation délivré par l'OIIQ (« Règlement sur le certificat d'immatriculation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ») et être supervisée sur place par une infirmière qui encadre son stage (« Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers », art. 3) pour l'exercice des activités professionnelles.
- L'externe en soins infirmiers, selon ce dernier règlement (art. 6), ne peut exercer que si l'infirmière à laquelle elle est jumelée est sur place, à l'unité de soins. L'infirmière demeure responsable des clients assignés à l'externe en soins infirmiers. Cette dernière peut exercer les activités professionnelles énumérées dans la liste annexée au Règlement sous la surveillance de l'infirmière, qui pourra intervenir auprès du client dans un court délai. Une infirmière ne peut pas inciter une externe en soins infirmiers à exercer une activité qui ne figure pas dans la liste prévue au Règlement.
- La CEPI, toujours en vertu du même règlement qui lui est applicable, est responsable de ses clients et doit exercer sous la surveillance d'une infirmière (art. 11). Cela implique qu'en tout temps, une infirmière doit pouvoir répondre de façon diligente aux demandes de consultation de la CEPI et, s'il y a lieu, intervenir promptement auprès d'un client. Par exemple, une infirmière ne peut pas permettre qu'une CEPI exerce seule, et ce, malgré la présence d'autres membres du personnel à l'unité de soins. Dans les domaines d'exercice en santé communautaire, l'infirmière doit superviser les actes posés par la CEPI.
- Les étudiantes, les externes en soins infirmiers et les CEPI doivent rédiger et signer leurs notes au dossier d'un client (OIIQ, 2005). L'infirmière n'est pas tenue de les contresigner.

### PRENDRE LES MOYENS RAISONNABLES POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DES CLIENTS

Dans le cadre de ses fonctions, l'infirmière doit prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées (Code de déontologie, art.42).

Ainsi, toute infirmière se doit d'intervenir lorsque la sécurité des clients peut être compromise. La surveillance exercée par l'infirmière auprès de l'étudiante, de l'externe en soins infirmiers et de la CEPI doit permettre d'assurer en tout temps la sécurité des clients.

Le type de surveillance ou d'encadrement nécessaire peut varier, entre autres, en fonction de la nature de l'activité, des compétences de la personne s'apprenant à intervenir auprès du client et de son aptitude légale.



**Pour plus d'informations sur les dispositions réglementaires régissant la relation entre l'infirmière et les étudiantes, les externes en soins infirmiers et les CEPI, consultez [oiiq.org](http://oiiq.org)**

### DEVOIRS ET OBLIGATIONS DES ÉTUDIANTES, EXTERNES ET CEPI

L'étudiante, l'externe en soins infirmiers et la CEPI qui exercent des activités professionnelles en vertu du « Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers » (art. 2) doivent les exercer dans le respect des obligations déontologiques applicables aux membres de l'OIIQ (2018a, b), au risque de voir révoqué leur certificat d'immatriculation (« Règlement sur le certificat d'immatriculation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec », art. 3).

*Version remaniée et mise à jour de la chronique « Les obligations déontologiques de l'infirmière en regard des candidates à l'exercice de la profession et des externes en soins infirmiers », 1<sup>er</sup> juin 2004, rédigée par Sylvie Truchon.*

#### RÉFÉRENCES

- «Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, chapitre I-8, r.9. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2005). «Avis concernant la signature des notes d'évolution rédigées par les étudiantes, les externes ou les candidates». Repéré à <https://www.oiiq.org/avis-concernant-la-signature-des-notes-d-evolution-redigees-par-les-etudiantes-les-externes-ou-les-candidates?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2018a). «Le code de déontologie... me concerne-t-il?», (version étudiants). Repéré à <https://www.oiiq.org/le-code-de-deontologie-me-concerne-t-il?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), (2018b). «Le code de déontologie... concerne-t-il uniquement les membres de l'OIIQ?», (version membres). Repéré à <https://www.oiiq.org/le-code-de-deontologie-concerne-t-il-uniquement-les-membres-de-l-oiiq?inheritRedirect=true>
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). «La pensée infirmière» (4<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière Éducation, p. 98-99.
- «Règlement sur le certificat d'immatriculation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec», RLRQ, chapitre I-8, r. 7.01.
- «Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers». RLRQ, chapitre I-8, r. 2.

**Une expérience étudiante dynamique.**  
**Des labos à la fine pointe de la technologie.**  
**Un vaste réseau et des expertises cliniques.**



**[fsi.umontreal.ca](http://fsi.umontreal.ca)**

Pour toute question :  
[information@scinf.umontreal.ca](mailto:information@scinf.umontreal.ca)

Pour vous inscrire :  
[admission.umontreal.ca](http://admission.umontreal.ca)

**Suivez-nous!**

 [facultedes sciences infirmieres universite demontreal](https://www.facebook.com/facultedes.sciences.infirmieres.universite.demontreal)

 [fsi\\_umontreal](https://www.instagram.com/fsi_umontreal)

 [@fsiudem](https://twitter.com/fsiudem)

 [Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal](https://www.linkedin.com/company/facult%C3%A9-des-sciences-infirmi%C3%A8res-de-l%27universit%C3%A9-de-Montr%C3%A9al)

 [Faculté des sciences infirmières de l'UdeM](https://www.youtube.com/channel/UC...)

Faculté des sciences infirmières

**Université de Montréal**  
 et du monde.

# PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

## Qui peut effectuer le dépistage du SARM et de l'ERV?

La prévention et le contrôle des infections nosocomiales occupe une part importante des soins, autant dans les milieux de soins aigus que dans les milieux d'hébergement. Or, de l'étudiante, de l'externe, de la candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) ou de l'infirmière, qui peut effectuer le dépistage de bactéries résistantes et sous quelles conditions?

par Marie-Eve Arsenault, inf., B. Sc. inf., Chantale Desbiens, inf., M. Sc. inf. et Julie Gélinas, inf., M. Ed., en collaboration avec Hélène Tremblay, inf., B. Sc., et Chantal Lambert, agente administrative

L'infirmière est autorisée à effectuer un dépistage de bactéries comme l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), en vertu des deux activités réservées suivantes qui s'inscrivent dans le cadre de l'exercice infirmier :

- *Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance* (il s'agit le plus souvent d'une ordonnance collective).
- *Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance* (il s'agit le plus souvent d'une ordonnance individuelle).

Ces deux activités réservées ont une portée très large. Conformément aux paramètres de l'ordonnance individuelle ou collective, elles permettent à l'infirmière d'effectuer et d'initier un vaste éventail d'examens et de tests invasifs, principalement au moyen de prélèvements, ainsi que d'en analyser les résultats et

d'assurer le suivi requis.

Certains pourraient croire, à tort, que le dépistage de bactéries fait partie intégrante de l'activité réservée qui consiste à « initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de la Loi sur la santé publique ».

Or, au-delà du geste technique d'effectuer un test de dépistage, il faut prendre en considération la portée de l'action afin d'identifier l'activité réservée de l'exercice infirmier associée à cette dernière. Par exemple, effectuer une prise de température par voie rectale est liée à l'activité réservée qui consiste à « évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ». En revanche, administrer un suppositoire fait partie des actions qu'on attribue à l'activité réservée qui consiste à « administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance ».

Tableau 1  
LES ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE POUVANT ÊTRE EFFECTUÉES PAR L'ÉTUDIANTE, L'EXTERNE ET LA CEPI

ÉTAPES DU PARCOURS	ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES PERMISES EN VERTU DU RÈGLEMENT	CE QUE CELA SIGNIFIE CONCRÈTEMENT EN MATIÈRE D'ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE
Étudiantes	« L'étudiante en soins infirmiers peut exercer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les infirmières, celles qui sont requises pour compléter le programme d'études auquel elle est inscrite, à l'exception de l'ajustement du plan thérapeutique infirmier, lorsque sont réunies les conditions suivantes : 1° elle les exerce dans le cadre de ce programme d'études; 2° elle les exerce sous la supervision d'une infirmière qui encadre le stage et qui est présente dans l'unité de soins concernée en vue d'une intervention rapide. » (art. 3)	L'étudiante peut effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance, <b>lorsque les deux conditions réglementaires mentionnées ci-contre sont réunies.</b>
Externes	Les activités permises aux externes sont précisées à l'annexe 1 du Règlement. Les prélèvements selon une ordonnance leur sont permis et ils sont précisés au point 2.	Cette liste <b>n'inclut pas les prélèvements par voie nasale ni ceux effectués par voie rectale.</b> Lorsque le dépistage de l'ERV ou du SARM doit être réalisé par ces voies, l'externe ne peut donc pas le réaliser.
CEPI	La CEPI peut exercer les mêmes activités professionnelles que les infirmières <b>hormis les exceptions énumérées au Règlement.</b> C'est pourquoi il ne lui <b>est pas permis</b> d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.	Compte tenu de l'information ci-contre, la CEPI devra donc, en présence d'une ordonnance collective, se référer à une infirmière qui procédera à l'évaluation nécessaire du patient et qui prendra la décision. À la suite de son évaluation, l'infirmière peut toutefois décider de confier une activité (comme le prélèvement) à une CEPI. Dans sa note au dossier, l'infirmière fera état de son évaluation réalisée ainsi que de sa décision.

Légende : CEPI : candidate à l'exercice de la profession infirmière.

**POUR L'ÉTUDIANTE, L'EXTERNE ET LA CEPI, C'EST PERMIS OU NON?**

L'exercice de l'étudiante, de l'externe en soins infirmiers et de la CEPI est encadré par le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par une personne autre qu'une infirmière ou un infirmier*. Le **Tableau 1** apporte certaines précisions Règlement en ce qui concerne le dépistage.

**À RETENIR**

L'**infirmière** peut effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, et initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance (individuelle ou collective) en vertu des activités réservées qui lui sont conférées.

La **CEPI**, pour sa part, peut effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance individuelle, mais, en présence d'une ordonnance collective, pour qu'elle puisse les réaliser, une infirmière doit d'abord avoir décidé d'initier ou non le test ou l'examen.

L'**étudiante**, de son côté, peut effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs selon une ordonnance en respectant les conditions du Règlement.

Enfin, à aucun moment l'**externe** ne peut effectuer de dépistage du SARM et de l'ERV. ●

**Pour en savoir plus**

- *Loi sur les infirmières et les infirmiers*
- *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par une personne autre que des infirmières et des infirmiers*
- Document *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3<sup>e</sup> édition), consulter les pages 37 et 38 (initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance) ainsi que 47 et 48 (effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance; effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance)
- « En quoi consiste l'interdiction d'initier pour les CEPI », sur [oiig.org](http://oiig.org)

# SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

## Formation en soins des pieds

Cours donnés par des infirmières qui pratiquent en soins des pieds.

**Formation pour débutants**

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 12 à 15 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.

**FORMATION COMPLÈTE**  
**160 heures**  
Reconnue par l'AIISPO

**Formations avancées en soins des pieds**

- Cours de perfectionnement: traitements spécifiques et utilisation d'instruments spécialisés.

**Prochains cours :**

**INTENSIF**  
28 septembre 2020

**ACCÉLÉRÉ**  
8 septembre 2020

**HEBDOMADAIRE**  
10 septembre 2020



**ÉTUDIANTS, procurez-vous votre trousse de départ chez SURPIED et nous payons les taxes\* pour vous!**

\* Vous devez présenter une preuve de votre statut d'étudiant au sein d'un établissement reconnu. Offre limitée.



SURPIED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Par cette accréditation, les formations de SURPIED donnent droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC)



**WWW.SURPIED.COM**

**INFORMATIONS : 514.990.8688**  
**SANS FRAIS : 1.888.224.4197**

## Sept étapes pour obtenir l'indépendance financière

Certaines personnes n'ont pas à travailler à temps plein pour assumer leurs besoins de base. Leurs actifs génèrent des revenus qui sont supérieurs à leurs dépenses. C'est ce qu'on appelle l'indépendance financière. Et cette situation, qui donne envie, n'est pas une question de salaire. Découvrez comment vous pourriez y parvenir.

### 1. Définir ses buts et ses objectifs

Des objectifs mesurables et réalistes vous aideront à résister à la tentation d'acheter le dernier gadget technologique ou de tomber dans le piège de la surconsommation.

### 2. Faire un budget

Tenir un budget à jour vous aidera à prendre conscience de vos dépenses, tout en simplifiant la gestion de votre argent. Qu'il s'agisse d'un fichier Excel ou d'un document plus complexe, compiler les entrées et les sorties d'argent dans un tableau vous évite de dépenser plus que vous ne gagnez.

### 3. Gérer ses dettes

Qu'il s'agisse d'un prêt étudiant, d'un solde de carte de crédit ou d'une hypothèque, il est essentiel de liquider en priorité vos dettes dont le taux d'intérêt est élevé. Bien entendu, cela peut signifier avoir à faire quelques concessions pour mettre l'argent au bon endroit.

### 4. Mettre de l'argent de côté

Le plus simple est d'opter pour l'épargne systématique. Par exemple, programmer un virement automatique vers un compte épargne au lendemain du dépôt de votre paie. Sans même y penser, vous amasserez au bout de quelques mois un montant à investir judicieusement.

### 5. Créer un fonds en cas d'urgence

Difficile de prévoir les imprévus. Mais en ayant mis de côté un montant dans un fonds d'urgence, vous éviterez de vous endetter à nouveau. Votre fonds d'urgence devrait correspondre à trois mois de salaire normal. Avec un budget, vous pourrez amasser plus facilement le montant nécessaire.

### 6. Suivre son plan

L'indépendance financière n'est pas un rêve. C'est un objectif réalisable qui demande beaucoup de détermination, de rigueur et de discipline. Après avoir couché sur papier des objectifs et établi des buts à atteindre, élaborer un plan par étapes pour y arriver.

### 7. Réévaluer ses besoins

Réévaluez votre budget, vos dépenses fixes (loyer ou hypothèque, assurances, chauffage) et vos dépenses variables (restaurants, sorties au cinéma, vêtements) sur une base régulière. L'exercice vous permettra peut-être d'économiser davantage pour ensuite passer en mode investissement et vous rapprocher de votre objectif d'indépendance financière.

### Entre retraite et indépendance financière

Qu'est-ce qui définit une retraite réussie et agréable? Si jadis on économisait pour la retraite, aujourd'hui, on économise pour acquérir l'indépendance financière. De toute façon, la retraite projetée par les *baby-boomers* est bien différente de celle envisagée par les générations X et Y. L'objectif n'est plus d'arrêter de travailler, mais plutôt de faire ce que l'on aime.

Avec une bonne planification, vous pourrez compter sur des revenus passifs pour assumer les dépenses courantes et maintenir votre indépendance financière après 65 ans. Il peut s'agir de placements plus ou moins risqués ou encore d'investissements immobiliers qui rapportent des revenus récurrents.

Selon votre profil, un conseiller financier peut vous aider à prendre en main vos finances et à établir un scénario qui tracera la voie vers votre indépendance financière et vers... la liberté!

Banque Nationale propose une offre exclusive aux infirmières et infirmiers. Pour connaître les avantages liés à cette offre spécialement adaptée, visitez le [bnc.ca/infirmier](http://bnc.ca/infirmier). Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le [bnc.ca/etudiant-infirmier](http://bnc.ca/etudiant-infirmier).



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

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



Watchiya • Bonjour



ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ ᑕᑦᑲᑦ  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES  
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

# Bienvenue chez nous

## Infirmier(ère)

### Emplois disponibles et avantages sociaux

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

### Profil recherché

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



Faites parvenir votre curriculum vitae à:  
[jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca)  
 T 1-877-562-2733  
 F 514-989-7495



[www.santeterrescree.org/carrières](http://www.santeterrescree.org/carrières)

\*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire

# Aux infirmières et infirmiers

Lanaudière reconnaît votre travail  
et salue votre engagement  
au quotidien

**Joignez notre équipe**

[WWW.CISSS-LANAUDIÈRE.GOUV.QC.CA\CARRIÈRES](http://WWW.CISSS-LANAUDIÈRE.GOUV.QC.CA\CARRIÈRES)

*Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Lanaudière*

Québec 