

# La Gérontoise



Association québécoise des infirmières  
et infirmiers en gériatrie

## Les malades chroniques : améliorer le bien-être

<b>Mot de la présidente</b> - FRANCINE LINCOURT ÉTHIER	1
<b>Éditorial</b> - OLIVETTE SOUCY	2
<b>Recherche</b>	
- Les interactions sociales entre les proches aidants et leur parent souffrant de démence et d'errance en centre d'hébergement	3
- ROSALIE DION ET FRANCINE DUCHARME	
- « Des ouvertures sur un monde malade »	11
Évaluation qualité sur la prévalence de l'utilisation de sondes et solutés en lien avec les risques d'infection et l'inconfort associés chez la clientèle nouvellement hospitalisée en médecine générale - MARYSE GRÉGOIRE, DR PATRICE LAPLANTE ET MARTINE PROULX	
<b>Expériences cliniques</b>	
- Quand l'art contemporain s'installe en établissement de santé : l'expérience du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes	18
- HUGUETTE BLEAU ET NATHALIE LAGÛE	
- Vivre en sécurité dans une résidence privée - LOUIS-MARIE DECOSTE	21
- Des pieds en santé, gage de confort - VIVIANE LEBLANC	23
<b>Témoignage</b>	
- Aux deux extrémités de la vie - JEAN-YVES BROUSSEAU	22
- En marge d'un colloque - OLIVETTE SOUCY	24
- J'ai lu	27

---

---

# La Gérotoise

---

---

*Automne 2012, vol. 23, no 2*

AQIIG

4565, chemin Queen-Mary

Montréal H3W 1W5

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

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

tél. : (514) 340-2800, poste 3092

**Présidente de l'AQIIG :**

Francine Lincourt Éthier

---

## Rédaction

Directrice et

Rédactrice en chef : **Olivette Soucy**

Conseillère

clinique : **Johanne Senneville**

Révisseur

linguistique : **Claire Soucy**

Secrétaire : **Luce Brazeau**

Collaborateurs : **Huguette Bleau**  
**Jean-Yves Brousseau**  
**Louis-Marie Decoste**  
**Rosalie Dion**  
**Francine Ducharme**  
**Maryse Grégoire**  
**Nathalie Lagüe**  
**Dr Patrice Laplante**  
**Viviane Leblanc**  
**Martine Proulx**  
**Olivette Soucy**  
**Karine Thorn**

---

## Production

Infographie et

impression : **ZOCA Communications**

---

Dépôt légal

4<sup>ème</sup> trimestre 2012

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1183-8051

## POLITIQUE ÉDITORIALE

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

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

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

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

## POLITIQUE PUBLICITAIRE

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

## POLITIQUE D'ABONNEMENT

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

## Mot de la présidente

---



Chers collègues,

Je suis heureuse de vous saluer en ce beau temps de l'année, propice à la programmation de diverses activités dans les milieux de soins. À l'Association aussi, nous vivons des changements et nous amorçons de grandes réalisations.

Ainsi, une première cet automne : le projet causerie à Québec s'ajoute à notre calendrier d'activités. Sous les auspices de l'AQIIG et en concertation avec des infirmières de cette ville, un souper causerie regroupant les infirmières des régions environnantes est offert le 8 novembre prochain. Madame Hélène Raymond, infirmière clinicienne en gérontopsychiatrie au CHUL parlera de « *La dépression : le silence des symptômes* ». Ce problème de santé mentale est très fréquent chez nos aînés et ne doit pas être considéré comme partie intégrante du processus de vieillissement.

Nous remercions les infirmières de Québec pour leur belle disponibilité et leur enthousiasme. C'est avec plaisir que la présidente de l'Association a assisté à la rencontre. Par la suite, la réussite de ce projet sera évaluée pour considérer la possibilité d'étendre cette pratique à d'autres régions. Nous avons également com-

mencé à définir le thème du souper causerie du printemps prochain à Montréal. Des informations seront communiquées dans la prochaine *Gérontoise*.

L'Association envisage de rafraîchir son image. En ce sens, au printemps dernier, nous avons fait un sondage auprès de nos membres afin de recevoir vos suggestions sur le sujet. Nous remercions toutes les personnes qui ont pris le temps d'y répondre et soyez assurés que vos commentaires font partie de notre réflexion. En septembre 2012, une première réunion spéciale du CA a été tenue, portant sur les orientations stratégiques à prendre.

Au nom de l'Association, nous avons fait parvenir une lettre de félicitations au nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des Aînés, Dr. Réjean Hébert, gériatre. Nous y avons souligné plus particulièrement l'intérêt de l'AQIIG pour collaborer à tout projet touchant les personnes âgées et leurs familles ainsi que les soignants des divers milieux.

L'AQIIG veut remercier madame Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés au ministère de la Famille et des Aînés dans le précédent gouvernement. Elle a été très disponible et sensible à notre cause. Nous l'avons rencontrée lors de plusieurs activités. Elle a soutenu certains projets de recherche dont MeS-SAGES (Méthode *électronique* de Soutien aux Stratégies d'Apprentissage à la Gestion du Stress) réalisé en partenariat avec la Chaire Desjardins à la personne âgée et à la famille et avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

L'AQIIG fera parvenir une lettre de remerciement à madame Ghyslaine Desrosiers qui quitte l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec après 20 ans de travail comme présidente-directrice générale. Sous sa direction, plusieurs réalisations ont été poursuivies : Conseil des infirmières et infirmiers (CID), DEC-Bac, Plan thérapeutique infirmier (PTI), Infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Le rehaussement de la norme d'entrée dans la profession infirmière, la mise en place d'une norme de formation continue pour le perfectionnement des membres de même que le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF) ont été créés durant cette période.

**Madame Desrosiers, merci !**

Enfin, nous voulons saluer fièrement la nomination, le 28 octobre dernier, de madame Lucie Tremblay comme 22<sup>e</sup> présidente-directrice de l'Ordre professionnelle des infirmières et infirmiers du Québec. Madame Tremblay est membre de notre Association.

Je vous souhaite un bel automne et serai très heureuse de vous rencontrer au cours des prochaines activités.

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

Francine Lincourt Éthier,  
Présidente de l'AQIIG

# Éditorial

---

## ***Les malades chroniques : améliorer le bien-être***

Tout le numéro de l'automne porte sur les soins et les services à apporter pour rendre supportables les maladies chroniques. En effet, assurer le bien-être de ces personnes demande des efforts constants de la part des soignants et de l'entourage. On sait que les maladies chroniques sont de plus en plus présentes. Lors du colloque de mai 2012, les conférenciers nous présentaient cette réalité. Pour arriver à aider ces personnes porteuses de multiples pathologies, il faut travailler en interdisciplinarité tant les besoins sont nombreux et font appel à de multiples habiletés.

Cependant, diverses interventions peuvent être mises de l'avant pour améliorer le sort de ces malades. Nous vous en présentons quelques-unes.

Rosalie Dion et Francine Ducharme font état des résultats d'une recherche sur les interactions sociales et les bienfaits qu'elles procurent aux personnes atteintes de troubles cognitifs.

Nathalie Lagüe et Huguette Bleau racontent l'expérience vécue dans un CHSLD, soit celui de Providence Notre-Dame de Lourdes, quand l'art contemporain a fait son entrée dans leur établissement. Elles disent notamment que « *dans l'art contemporain actuel, le processus est plus important que le produit final et qu'il faut absolument considérer cette notion dans le travail auprès d'aînés qui doivent composer avec une ou plusieurs maladies chroniques* ». L'impact du projet a été surprenant et impressionnant, et l'expérience a été un succès.

Pour permettre aux personnes de circuler librement, Louis-Marie Decoste propose un système de repérage (type WiFi, sans fil) comme celui installé en septembre 2011, à la Résidence Wales Home et le CHSLD Wales inc. Ce système assure une sécurité maximale en informant rapidement le personnel médical de l'endroit exact où se trouve la personne requérant secours ou aide, et ce, partout dans le bâtiment et sur les terrains du Wales Home. Cette installation est particulièrement intéressante et permet à des personnes qui désirent marcher, qu'elles présentent ou non des troubles cognitifs, d'aller à leur guise.

Viviane Leblanc, parle de l'importance d'avoir des pieds en santé pour jouir d'une meilleure qualité de vie. Les pédicures assurent ces soins dans les milieux de soins et à domicile. On sait que des inconforts aux pieds freinent souvent la marche et les activités sportives, si utiles à l'équilibre d'une personne.

Jean-Yves Rousseau fait état d'une observation réalisée dans son milieu sur les deux pôles de la vie qui se côtoient souvent : la mort d'un arrière-grand-père et la naissance d'un petit enfant, vécues simultanément par une famille. Avec les siens, il a assisté aux efforts de l'un et de l'autre pour survivre.

Maryse Grégoire et ses collaborateurs présentent une recherche réalisée au CHUS en 2010, sur le port prolongé de sondes urinaires et de dispositifs intraveineux périphériques chez les patients hospitalisés en médecine. Il est bien connu que ce sont des sources potentielles d'infections, d'inconforts et de limitations. Des guides de soins, format poche, que l'infirmière peut consulter en tout temps, sont disponibles sur demande.

Enfin, le **J'ai lu** présente deux livres récemment publiés : Danielle Ouellette signe « *Une musicienne et son chirurgien : mutations génétiques et cancer, l'aventure d'une vie* », et les Drs. Judes Poirier et Serge Gauthier sont les auteurs de « *La maladie d'Alzheimer : le guide* », référence pertinente et d'actualité sur la maladie d'Alzheimer.

Bonne lecture.

Olivette Soucy

---

# *Les interactions sociales entre les proches aidants et leur parent souffrant de démence et d'errance en centre d'hébergement*

*Rosalie Dion, M. Sc., conseillère en soins spécialisés*

*Francine Ducharme, Ph.D., professeure titulaire*

**L**e vieillissement s'accompagne d'un accroissement de maladies chroniques, notamment d'une prévalence plus élevée de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences apparentées (Voyer, 2006). En centre d'hébergement, jusqu'à 80 % des personnes admises vivent avec ce type d'affection (Conseil des aînés, 2007). Dans ce milieu de vie, la démence s'accompagne souvent de comportements perçus comme perturbateurs par les gens de l'entourage, tels les cris, les comportements agressifs, l'errance, les symptômes dépressifs et les délires (Finkel, 2003; Rousseau, 2005). Ces comportements sont communément regroupés sous l'appellation *symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* ou SCPD (Rousseau, 2005). Selon plusieurs auteurs, la présence de ces SCPD serait l'une des principales raisons d'institutionnalisation d'un parent souffrant de démence (Balestreri, Grossberg, & Grossberg, 2000; Rossy, 2008). Plus précisément, selon Balestreri et ses collègues (2000), l'errance est l'un des symptômes de la démence qui incite souvent les proches aidants à institutionnaliser l'être cher.

L'errance peut être définie comme étant une déambulation répétitive et aléatoire qui peut sembler sans but apparent ou rationnel pour l'observateur mais qui est souvent pourvue de sens et qui se manifeste dans le but de combler un ou plusieurs besoins de base (Algase et al., 1996; Tilly & Reed, 2006). Ce comportement est présent chez près de 15 % à 60 % des personnes souffrant de démence (Robinson, 2007).

Pour le personnel soignant et les autres résidents des centres d'hébergement, l'errance est souvent

incompréhensible et dérangeante. La personne errante peut, par exemple, entrer sans permission dans des lieux réservés, tels que le poste de garde d'une unité de soins ou la chambre d'un autre résident (Heim, 1986; Ylieff, 2005). Quant aux proches aidants, leur expérience devant ce comportement en contexte d'hébergement reste à explorer.

En somme, pour bon nombre d'auteurs, l'institutionnalisation, notamment des personnes atteintes de démence, est une situation particulièrement difficile à vivre pour les proches aidants (Lévesque, Ducharme, & Lachance, 1999; Zarit & Whitlatch,

***L'institutionnalisation, notamment des personnes atteintes de démence, est une situation particulièrement difficile à vivre pour les proches aidants.***

1992). Certains soutiennent que les familles dont le parent est atteint d'un déficit cognitif sévère le visitent moins souvent et moins longtemps dans ce milieu de vie que celles qui ont un parent n'ayant pas de tels

déficits (Fukahori et al. 2007; Port et al. 2001). Les travaux d'autres chercheurs mettent en évidence que souvent les proches ne savent pas quoi dire ou comment agir durant leurs visites au centre d'hébergement, surtout lorsqu'il est difficile de maintenir une conversation avec leur parent atteint de démence (Martin-Cook, Hynan, Chafetz, & Weiner, 2001). Également, il semble encore plus difficile d'interagir avec un parent souffrant de démence lorsqu'il y a présence d'errance (Piechniczek-Buczek, Riordan, & Volicer, 2007). Dans ce contexte, notre étude avait pour but d'explorer l'expérience de proches aidants en regard de leurs interactions sociales avec un membre de leur famille atteint de démence et présentant un comportement d'errance lors de leurs visites au centre d'hébergement.

❖  
**Cadre de référence de l'étude**

Afin d'explorer l'expérience des proches, le cadre des interactions entre aidants et personnes souffrant de démence de Koshravi (2007) a été utilisé. Cette auteure affirme que les interactions entre une personne souffrant de démence et son proche se situent à trois niveaux, soit aux niveaux énergétique, fonctionnel et psychologique. Sur le plan énergétique, le proche (l'aidant) donne, aime et prend soin, alors que la personne souffrant de démence (le patient ou l'aidé), reçoit principalement. Il se crée ainsi une absence de réciprocité et un écart énergétique qui peut être difficile à vivre pour l'aidant s'il ne reçoit, de la part de l'aidé, aucune forme d'énergie en retour. Sur le plan fonctionnel, l'aidant

doit prendre conscience et accepter le décalage qui s'installe entre lui et l'aidé. Si l'aidant nie ou néglige cet écart, les interactions seront perturbées, voire problématiques entre les deux acteurs. Enfin, sur le plan psychologique, il est question de l'ajustement de l'aidant et de l'aidé à la nouvelle situation de santé. Si l'aidant s'adapte à cette nouvelle situation, il sera en mesure de transmettre sa force à l'aidé et de rendre ainsi la relation agréable. À l'opposé, les relations risquent d'être tendues et invivables.

❖  
**La méthode**

Un devis exploratoire avec méthode de recherche qualitative a été retenu pour réaliser cette étude. La

**Tableau 1 - Caractéristiques des aidantes participantes**

Noms fictifs	Mme Cohen Participante #1	Mme Levy Participante #2	Mme Steinberg Participante #3	Mme Schwartz Participante #4	Mme Reitmans Participante #5
Âge	57	70	63	62	59
Lien de parenté avec la personne manifestant de l'errance	Fille	Fille	Fille	Fille	Fille
Niveau de scolarité	Universitaire	Universitaire 2 <sup>e</sup> cycle	Secondaire	Secondaire	Secondaire
Nb d'années en tant que proche aidante principale	8 ans	10 ans	8 ans	5 ans	15 ans
Nb de visites / semaine au centre d'hébergement	4	2	1	4 à 7	2
Temps moyen des visites	+/- 2h	+/- 3h	+/- 7h	+/- 2h	+/- 2h
Comportement d'errance du parent	Déambulation dans l'unité de vie, intrusion dans les autres chambres et repos à divers endroits	Déambulation constante dans l'unité de vie, tentatives de fuite via l'ascenseur et prise d'objets ne lui appartenant pas	Déambulation dans l'unité de vie avec tentatives de fuite et repos dans les lits des autres résidents	Déambulation dans l'unité de vie et tentatives d'ouvrir toutes les portes	Déambulation constante dans l'unité de vie

recherche s'est effectuée dans un centre d'hébergement de Montréal de près de 400 lits où la clientèle est majoritairement anglophone et de religion juive. Les critères d'inclusion des participants étaient les suivants : d'abord, être le proche aidant principal d'un résident souffrant de démence et manifestant un comportement d'errance; visiter régulièrement son parent et finalement, être capable de verbaliser son expérience. En tout, cinq proches aidantes ont participé à l'étude, toutes filles d'un parent hébergé sur une même unité de soins. Une description synthétique des caractéristiques de ces participantes est présentée au tableau 1.

Afin de mieux comprendre l'expérience des aidantes, un guide d'entrevue semi-structuré, composé de questions ouvertes et inspiré de la conception des interactions de Koshravi (2007), a été utilisé comme outil de collecte de données. Les questions portaient, entre autres, sur l'énergie reçue par les aidantes de la part de leur parent durant leurs interactions (ex : « *Comment réagit votre parent face à ce que vous faites?* ») et sur la présence de cette même énergie durant les interactions (ex : « *Racontez-moi une "bonne visite" que vous avez eue avec votre parent* » et « *Racontez-moi une "visite difficile" que vous avez eue avec votre parent* »).

Les entrevues, d'une durée moyenne de 45 minutes, se sont déroulées en anglais et étaient enregistrées sur bande audio. Une analyse de contenu thématique a été réalisée, inspirée des écrits de Miles et Huberman (2003). En dépit du petit nombre de participants, la saturation des données a été obtenue. La prochaine section présente les principaux résultats issus de notre analyse.



## Résultats

L'analyse a permis d'identifier deux grands thèmes :

- 1) Causes, compréhension et acceptation de l'errance par les proches aidantes;
- 2) Nature des interactions sociales au moment des visites.

Ces thèmes seront décrits et accompagnés d'extraits de verbatim pour les illustrer. Les verbatim ont été traduits librement de l'anglais.

### Causes, compréhension et acceptation de l'errance par les proches aidantes

Avant d'aborder plus précisément les interactions sociales entre les proches aidantes et leur parent

présentant un comportement d'errance, objet principal de notre étude, il est pertinent de mentionner que les cinq participantes étaient en mesure d'identifier une ou plusieurs causes reliées au comportement d'errance de leur parent. Pour chacune des filles aidantes, ce comportement chez leur parent est explicable :

*« C'est très troublant parce que je n'arrête pas de me répéter qu'elle nous cherche! Elle est à la recherche d'amour, de sa famille, de son ancienne vie. Et elle cherche et cherche encore sans jamais rien trouver ».* (Participante #2).

Être en mesure d'expliquer les causes du comportement semble aider ces aidantes à accepter et à respecter l'errance de leur parent ou des autres résidents de l'unité, comme en témoigne l'extrait suivant :

*« Oh oui, je l'ai vu dormir dans le lit d'un autre comme j'en ai vu d'autres faire la même chose dans le sien! Alors vous savez, c'est correct ».* (Participante #4)

Pour certaines proches aidantes, évoquer leur réticence vis-à-vis l'utilisation de mesures de contention qui pourraient être mises en place pour contrôler, voire diminuer l'errance de leur parent, démontre leur acceptation du comportement. Une participante semble préférer respecter le besoin de bouger de sa mère et vivre avec les conséquences que cela peut entraîner :

*« Elle a toujours plein de bleus. Un jour, toute sa face était noire. Quand je la regardais, je trouvais qu'elle ressemblait à un singe! Personne ne pouvait me dire ce qui était vraiment arrivé. En même temps, je ne peux tenir personne responsable... elle marche tant! Elle prend des chances en se promenant. Je ne veux pas qu'on l'attache. Oh non, alors ça fait un peu partie du risque ».* (Participante #2)

Évidemment, être prête à faire face à toutes les conséquences que peut entraîner l'errance peut aussi perturber le bien-être des aidantes. L'une d'entre elles s'exprime ainsi sur le sujet :

*« (...) c'est un sentiment épouvantable quand on y pense. C'est un sentiment horrible parce qu'il y a tellement de choses qu'elle peut faire et se faire mal sans le savoir. Elle n'a aucune idée! Alors oui, c'est*

*effrayant parce qu'elle peut se blesser ou se faire d'autres bleus (...) ».* (Participante #2)

Cette même aidante exprime son impuissance devant ce comportement :

*« C'est difficile de ne pas pouvoir demander vous savez... parce que je ferais n'importe quoi pour l'aider. Vous savez, je ne sais pas... ça fait partie de la maladie... elle est toujours en train de marcher, toujours... ».*  
(Participante #2)

Pour une autre participante, l'acceptation du comportement passe par la compréhension que certaines activités doivent être modifiées pour arriver à un « beau moment de visite » avec le parent errant :

*« Parfois, je l'amène dans le jardin. (...) Vous savez, j'ai peur de l'amener en avant de la bâtisse parce que plein de monde y sont assis et il pourrait décider de se sauver. Vous savez, il est très vite sur ses pieds! »* (Participante #3)

Ces verbatim soulignent que les proches aidantes qui sont en mesure d'expliquer le comportement d'errance de leur parent semblent avoir tendance à accepter et à respecter le besoin de se mouvoir continuellement de leur être cher. De plus, les proches aidantes qui acceptent et respectent ce comportement semblent entretenir des interactions plus ajustées avec le parent souffrant de démence et, conséquemment, vivre des visites plus agréables au centre gériatrique. La prochaine section s'attarde à ces interactions entre les filles et leur parent âgé, au moment des visites.

### **Nature des interactions sociales au moment des visites**

De façon générale, les interactions entre les aidantes et leur parent étaient présentes, fréquentes et intimes avant l'apparition de la maladie. Depuis, ces interactions sont toujours présentes, mais différentes :

*« De ce que je peux comprendre, les interactions ne sont plus pareilles mais encore très présentes - Oui. Excepté que nous ne pouvons pas vraiment avoir de conversation. Vous savez, on ne peut pas vraiment parler de choses en particulier. Ma mère est heureuse lorsqu'elle chante ou écoute de la musique au piano. Et heu... elle aime*

*marcher, elle aime manger et... ça tourne beaucoup autour de "tu es belle" ou encore "tu es bien habillée" (...) »* (Participante #1)

Malgré des échanges plus limités, les participantes continuent à visiter régulièrement leur parent au centre gériatrique. Afin de rendre leurs visites agréables et de favoriser les interactions avec leur parent, elles sont proactives et organisent des activités diversifiées :

*« Quand je suis là le vendredi après-midi, je lui fais faire le lavage. Je lui donne le TIDE, je prends le sac et on fait le lavage! »*  
(Participante #3)

Concernant plus particulièrement l'errance, il est intéressant de noter que ce comportement n'est pas ressorti, dans le discours des participantes, comme étant un comportement qui nuit ou dérange les interactions sociales avec leur parent. Face à ce comportement spécifique, les proches aidantes sont astucieuses et semblent avoir trouvé des stratégies pour continuer à interagir avec leur parent. L'une de ces stratégies consiste à éviter de contrarier l'être cher :

*« Il devient fâché quand il n'est pas capable d'ouvrir les portes. Il y a des journées où il est vraiment de mauvaise humeur. Ces journées-là, c'est très difficile alors j'acquiesce à tout ce qu'il dit, je n'essaie pas de le contredire. »*  
(Participante #4)

Par ailleurs, le moment de quitter le centre gériatrique peut être un moment d'interaction difficile pour certaines. Toutefois, les aidantes semblent faire preuve de créativité pour réussir à quitter sans brusquer leur parent.

*« Je ne lui dis jamais au revoir. Je dis simplement que je vais chercher mon manteau ou ma sacoche et je cache mon manteau parce que si je lui dis que je pars, il veut partir aussi. »* (Participante #4)

Une autre stratégie utilisée par l'une des filles afin de provoquer des interactions avec son père consiste à accélérer son pas de marche et observer si son père réagit en suivant la cadence :

*« Il marche très bien et aussi vite que moi. Parfois, j'accélère le pas et il m'emboîte le pas! Il est vraiment bon! »* (Participante #4)

Afin de maximiser les interactions au moment des visites, une aidante utilisera quant à elle une stratégie qui consiste à inciter sa mère à faire des activités précises :

« La majorité du temps, parce que je ne viens pas longtemps, en fait je passe surtout du temps avec elle le dimanche, alors je la trouve et lui dis : « Viens, viens » vous savez, « On va descendre en bas, on va aller prendre une marche » et alors je la sors ». (Participante #2)

En somme, le besoin d'interagir avec leur parent apparaît très présent chez les aidantes. Toutefois, il semble également important pour elles de respecter autant le besoin de sommeil de leur proche que celui de se mouvoir :

« Parfois, quand j'arrive, je la trouve endormie à 14h. Alors je pars tout simplement parce que je sais qu'elle a erré toute la nuit. Elle doit dormir ». (Participante #2)

Devant ces stratégies diversifiées de communication, les parents âgés présentant un comportement d'errance peuvent manifester différentes réactions. Selon une participante, son père peut, à l'occasion, être très heureux ou réceptif et ne plus avoir envie d'errer pour un certain temps :

« Il reste assis et je le rase. Il est très calme et la plupart du temps il est très passif, il reste assis sans bouger ». (Participante #4)

Une autre aidante explique que, au contraire, sa mère peut simplement l'envoyer paître lorsqu'elle est anxieuse :

« Il y a des moments où elle est plus anxieuse que d'autres. Quand elle est comme ça, elle peut très bien me renvoyer de la main! » (Participante #2)

Des propos précédents, il semble ressortir que l'attitude du parent donne, en quelque sorte, un certain ton à la visite.

En résumé, cette étude souligne que les comportements d'errance du parent ne sont pas dénués de sens pour les proches aidantes qui tentent d'en comprendre la signification et de trouver des stratégies pour interagir harmonieusement avec leur parent lors des visites. La prochaine section discute de ces résultats en lien avec les études antérieures

et propose quelques implications pour la pratique infirmière.

## ❖ *Discussion*

Comme les aidantes l'ont exprimé, leur parent âgé erre pour une ou plusieurs raisons. Comprendre le besoin d'errer de leur parent permet aux aidantes de mieux l'accepter et d'assumer les conséquences que cette situation peut entraîner. Cette compréhension leur permet également d'adapter leurs activités lors des visites, et ainsi de passer des moments agréables avec leur parent. Ce résultat est différent de celui obtenu il y a quelques décennies dans l'étude classique de York et Calsyn (1977) qui soulignait que souvent les familles n'apprécient pas le temps de leurs visites, et ce, en partie à cause du niveau de détérioration cognitive de leur parent hébergé. Les participants de cette étude évoquaient un sentiment de frustration et même de colère devant la confusion de leur parent. Ces sentiments désagréables ne sont pas ressortis du discours des aidantes ayant participé à la présente étude. Une explication à ce sujet pourrait être en lien avec leur compréhension et acceptation du comportement.

Des propos des participantes, il a également été possible de constater que ces dernières entretenaient des relations harmonieuses avec leur parent dans le passé et que, depuis l'apparition de la maladie, ces interactions demeurent toujours présentes, tout en étant différentes et plus limitées. Martin-Cook et collaborateurs (2001) avaient identifié, dans leur recherche, l'agitation et, indirectement, l'errance du parent, comme un élément nuisant aux interactions sociales et affectant les visites des familles. Étonnamment, cet élément n'est également pas ressorti du discours des aidantes rencontrées. En effet, ces dernières ont évoqué les difficultés de communiquer avec leur parent, certes, mais davantage en lien avec la démence de façon générale qu'en lien avec l'errance de façon particulière.

Par ailleurs, ingénieuses, les filles rencontrées ont développé des stratégies de communication afin de continuer à interagir avec leur parent au moment des visites. Éviter de contrarier et de confronter l'être cher en faisant preuve de créativité en sont des exemples. Ces stratégies s'ajoutent à celle identifiée par Piechniczek-Buczec et Volicer (2007), soit de visiter

au moment des repas, moment unique où le parent est assis. Que les aidantes prennent soin de leur parent depuis plusieurs années peut probablement expliquer qu'elles aient développé, avec le temps, des stratégies efficaces d'interaction avec celui-ci.

Dans notre étude, les parents réagissaient positivement à certaines activités proposées par leur fille au moment des visites. Appréciant ces moments, on peut penser que ces parents ressentent moins le besoin constant de bouger.

La perspective de Khosravi (2007), retenue comme cadre de référence de cette étude, a permis de concevoir le guide d'entrevue permettant d'explorer les interactions des proches aidantes avec leur parent souffrant de démence et d'errance en fonction des niveaux énergétique,

fonctionnel et psychologique. Suite à l'analyse des données recueillies, quelques éléments portant sur les niveaux énergétique et psychologique des interactions proposés par cette conception méritent notre attention. Au niveau énergétique, faisant référence à l'énergie générée par les gestes, les émotions et la reconnaissance de l'autre, il a été possible de constater que les aidantes avaient des interactions avec leur parent lors des visites et que ces derniers semblaient également leur transmettre, en retour, une certaine forme d'énergie, par exemple en restant assis lors des soins d'hygiène. Le fait que les interactions entre les deux acteurs soient bidirectionnelles et caractérisées par une certaine forme de réciprocité diffère de ce que propose Khosravi (2007) au niveau énergétique des interactions. Quant au niveau psychologique, les résultats de l'étude permettent uniquement de souligner que les aidantes se sont familiarisées avec le comportement d'errance et qu'elles comprennent et respectent le besoin constant de se mouvoir de leur parent, ce qui leur permet d'ajuster leurs interactions au moment des visites afin de passer un bon moment en compagnie de leur être cher. En ce sens, les interactions semblent sauvegardées.

Étant donné le caractère homogène de l'échantillon, les résultats de l'étude ne peuvent être transférables à l'ensemble des proches aidants de parents

hébergés souffrant de démence et errants. Toutefois, force est de constater que l'échantillon s'apparente aux statistiques sur les proches aidants qui soulignent que ce sont en majorité des femmes qui prennent soin de leur parent souffrant d'un problème de santé (Cranswick & Dosman, 2009). Par ailleurs, certaines caractéristiques de l'échantillon pourraient avoir teinté les résultats de cette étude, notamment le fait que toutes les participantes étaient de religion juive. Le judaïsme prône des valeurs familiales (Falcon, 2008) qui pourraient expliquer les visites fréquentes des aidantes au centre ainsi que leur grande implication dans les

soins à leur parent. Les aidantes de l'échantillon visitaient leur être cher durant de longues heures, et ce, régulièrement à toutes les semaines. Nous n'avons pas approfondi ces aspects

religieux et culturels avec les aidantes. Néanmoins, même si aucune question dans l'entrevue n'abordait ces aspects, deux d'entre elles ont librement révélé être des survivantes de l'Holocauste. Ces éléments, liés à l'histoire, pourraient avoir une influence sur l'engagement des aidantes et sur la grande importance accordée aux valeurs familiales.

### ❖ *Implications de l'étude pour la pratique infirmière*

La présente étude apporte une contribution originale car elle est une des premières, à notre connaissance, à s'être attardée à l'expérience des proches aidants en regard de leurs interactions sociales avec leur parent hébergé et présentant un comportement d'errance.

Elle a notamment permis de démontrer que les interactions sociales avec le parent âgé hébergé sont toujours importantes aux yeux des aidantes, même après l'apparition de la maladie et du comportement. Face à ce constat, il apparaît clairement que les infirmières peuvent accompagner et soutenir les proches aidants dans la recherche d'une signification au comportement d'errance. Cette première étape peut faciliter l'organisation d'activités ajustées aux capacités de la personne atteinte.

Par exemple, l'infirmière pourrait suggérer à un proche aidant d'apporter des photos ou des effets personnels d'une personne que son parent âgé tente de chercher désespérément sur l'unité de vie.

Les infirmières peuvent également agir comme partenaires des proches aidants en les soutenant dans l'identification de stratégies de communication afin de favoriser des interactions harmonieuses. Ces stratégies pourraient être identifiées, entre autres, en tenant compte de l'attitude du parent lors des visites et des déplacements de ce dernier dans l'unité de vie dans les moments précédant la visite. À titre d'exemple, l'infirmière pourrait suggérer à un aidant de visiter son être cher en fin de soirée, ce dernier étant généralement tranquille après avoir erré toute la journée, ou encore expliquer à un autre aidant que des visites en début de soirée ne sont pas optimales pour une personne qui présente un syndrome crépusculaire.

Les interactions sociales ont des effets bénéfiques tant pour les personnes âgées souffrant de démence et d'errance que pour leurs proches aidants. Les longues conversations d'antan étant devenues plus limitées, voire impossibles, il importe pour les aidants d'accepter cette situation et de modifier leurs attentes eu égard à ces moments d'interaction afin de les maintenir. Des pistes d'interventions infirmières ont été présentées dans cet article afin de soutenir les familles dans l'identification de stratégies d'interaction. Un des aspects qui demeure toutefois encore inexploré en recherche et qui pourrait fournir de plus amples pistes pour l'intervention infirmière concerne l'étude des liens potentiels entre la qualité de la relation précédant l'apparition de la maladie et de l'errance et le désir de conserver les interactions une fois la maladie et l'errance installées.

## REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier sincèrement toutes les familles et tous les gestionnaires de l'établissement de la santé ayant participé à ce projet. Cette étude a été rendue possible grâce au soutien financier de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie et de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

## RÉFÉRENCES

- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10-19.
- Balestreri, L., Grossberg, A., & Grossberg, G. T. (2000). Behavioral and psychological symptoms of dementia as a risk factor for nursing home placement. *International Psychogeriatrics*, 12(1), 59-62.
- Conseil des aînés. (2007). *État de la situation sur les milieux de vie substitués pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Cranswick, K., & Dosman, D. (2009). *Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles*. Statistiques Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.pdf>.
- Falcon, T., Blatner, D., & Eisenberg, J. (2008). *Le judaïsme pour les nuls*. Paris : Éditions First.
- Finkel, S. I. (2003). Behavioral and psychologic symptoms of dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19, 799-824.
- Fukahori, H., Matsui, N., Mizuno, Y., Yamamoto-Mitani, N., Sugai, Y., & Sugishita, C. (2007). Factors related to family visits to nursing home residents in Japan. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 45(1), 73-86.
- Heim, K. M. (1986). Wandering behavior. *Journal of Gerontological Nursing*, 12(11), 4-7.
- Khosravi, M. (2007). *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés : guide pratique*. (2<sup>e</sup> éd.). Rueil-Malmaison : Doin.
- Lévesque, L., Ducharme, F., & Lachance, L. (1999). Is there a difference between family caregiving of institutionalized elders with or without dementia? *Western Journal of Nursing Research*, 21(4), 472-491.
- Martin-Cook, K., Hynan, L., Chafetz, P. K., & Weiner, M. F. (2001). Impact of family visits on agitation in residents with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 16(3), 163-166.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Paris : De Boeck Université.
- Piechniczek-Buczek, J., Riordan, M. E., & Volicer, L. (2007). Family member perception of quality of their visits with relatives with dementia: a pilot study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(3), 166-172.
- Port, C. L., Gruber-Baldini, A. L., Burton, L., Baumgarten, M., Hebel, J. R., Zimmerman, S. I., et al. (2001). Resident contact with family and friends following nursing home admission. *The Gerontologist*, 41(5), 589-596.
- Robinson, L., Hutchings, D., Dickinson, H. O., Corner, L., Beyer, F., Finch, T., et al. (2007). Effectiveness and acceptability of non-pharmacological interventions to reduce wandering in dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(1), 9-22.
- Rossy, D. (2008). Behavioural symptoms of AD: effect on caregivers. *Canadian Nursing Home*, 19(4), 4-4.
- Rousseau, F. (2005). Principes généraux d'évaluation et de traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence. Dans P. Landreville, J. Vézina, F. Rousseau, & P. Voyer (Éd.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 63-108). St-Hyacinthe, Québec et Paris : Edisem en collaboration avec Maloine.
- Tilly, J., & Reed, P. (2006). Focus on caregiving. Caring for residents who wander. *Provider*, 32(10), 61.

Voyer, P., Danjou, C., & Nkogho Mengue, P.G. (2006). Les démences. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 15-50). Saint-Laurent : ERPI.

Ylief, M., Di Notte, D., Vézina, J., Gazon, R., De Lepeleire, J., & Buntinx, F. (2005). Symptômes psychologiques et comportementaux dans la démence: définition, prévalence, étiologie. Dans P. Landreville, J. Vézina, F. Rousseau, & P. Voyer (Éd.), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 3-59). St-Hyacinthe, Québec et Paris : Edisem en collaboration avec Maloine.

York, J. L., & Calsyn, R. J. (1977). Family involvement in nursing homes. *The Gerontologist*, 17(6), 500-505.

Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1992). Institutional placement: phases of the transition. *The Gerontologist*, 32(5), 665-672.

**Rosalie Dion** est conseillère en soins spécialisés au Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

**Francine Ducharme** est professeure titulaire à la Faculté des sciences de l'Université de Montréal. Elle est également titulaire de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille.

## À la recherche d'auteurs...

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

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

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

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

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

Courriel de l'Association : [info@aqiig.org](mailto:info@aqiig.org).

# « Des ouvertures sur un monde malade »<sup>1</sup>

## Évaluation qualité sur la prévalence de l'utilisation de sondes et solutés en lien avec les risques d'infection et l'inconfort associés chez la clientèle nouvellement hospitalisée en médecine générale

Maryse Grégoire, inf., M.A. (gérontologie)

Patrice Laplante, md, M.Sc.Cl.

Martine Proulx, inf., M.Sc.

---

La présence de sondes urinaires et de dispositifs intraveineux périphériques est fréquente chez les patients hospitalisés en médecine, bien qu'elle soit une source potentielle d'infections, d'inconforts et de limitations (CHUS, 2010). Peu d'études ont vérifié les moyens utilisés pour en réduire la prévalence.

Les sondes urinaires sont la deuxième cause la plus fréquente de bactériémie, en plus d'être de grandes sources de germes multi-résistants aux antibiotiques. Le risque de contracter ce type d'infection durant un séjour hospitalier serait d'environ 10% au Canada (Institut Canadien d'information sur la santé, 2007)

L'infection urinaire est l'infection bactérienne la plus commune au Canada avec une incidence de 17,5 par 1 000 patients par an (Laupland et al., 2007). Chez la personne âgée souvent asymptomatique, il ne faut généralement pas la traiter. Jusqu'à 10 % des hommes et 20 % des femmes âgés de plus de 65 ans ont une bactériurie asymptomatique (Nicolle, 2002). L'incidence journalière d'une infection nosocomiale secondaire à une sonde est estimée entre 3 et 10 % par jour. Après plus de trois jours de présence de la sonde, le taux d'infection urinaire augmente de 10 % par jour. Après dix jours de présence d'une sonde, presque 100 % des patients sont colonisés (Fekete, 2009). Une proportion de 40 % de toutes les infections nosocomiales est causée par les sondes vésicales (institut Pasteur, 2002; Salgado et al., 2003; Farr, 2004)

Les infections ont pour conséquence d'accroître le niveau de soins requis pour les patients, de retarder

le congé et d'augmenter par le fait même les coûts associés aux hospitalisations.

Parmi les autres conséquences souvent insoupçonnées, il y a l'inconfort associé à la présence de la sonde, ainsi que la limitation de la mobilité qu'elle entraîne. À la limite, les sondes sont une « forme de contention ». Les méthodes alternatives comme le sac à cuisse, pour le confort et la mobilisation, sont peu utilisées. Par conséquent, le port de la sonde favorise la perte d'autonomie, surtout chez les gens âgés.

Un des principaux risques découlant d'une hospitalisation est sans contredit l'immobilisation, dont les conséquences se font sentir sur tout l'organisme et engendrent un déclin fonctionnel (Doiron & Dupras, 2009).

Différentes études soulignent, malheureusement, que la sonde urinaire demeure trop souvent en place pour des raisons non justifiables telles que réduire le travail du personnel, faciliter la mesure des excréta et prendre moins de temps que le cathétérisme intermittent. L'usage en est souvent accepté, voire souhaité par les patients eux-mêmes et favorisé par les infirmières afin d'éviter la mobilisation pour uriner. On pense sauver du temps ainsi, mais malheureusement l'autonomie de la personne en est affectée. Cette pratique est acceptée et favorisée par les médecins afin d'obtenir un dosage précis de la quantité d'urine, ce qui n'est pas toujours nécessaire. Une proportion de 60 % des patients qui développaient une infection du tractus urinaire (ITU) secondaire à une sonde urinaire

n'avait pas d'indication claire initiale pour justifier la présence de la sonde (Gardham et al., 1998). Il semble que près de 28 % des médecins traitants (27 % des résidents et 38 % des patrons) (Fekete, 2009), ne réalisent pas que leur patient est porteur d'une sonde (Gardham et al., 1998; Saint et al., 2000)

Ces situations sont regrettables, car elles prolongent indûment la durée du port de la sonde et placent les patients à risque élevé d'infection du tractus urinaire (ITU) nosocomiale (Sanjay, Saint et al., 2008).

### **Les dispositifs intraveineux périphériques**

Les dispositifs intraveineux périphériques, bien que présentant un risque d'infection beaucoup moins élevé (0,1 à 0,5 %) par 1 000 patients par jour (Laupland et al., 2007) que les sondes urinaires, présentent cependant un taux d'inconfort secondaire et des risques d'infiltration et de phlébite non négligeables. Les risques de phlébite sont de 25 à 45 % chez les personnes sous perfusion intra-veineuse et ceux-ci augmentent avec la durée du cathéter à plus de 50 % au jour 4 (Band & Gaynes, 2009) alors que le taux acceptable est de moins de 5 % (Infusion Nurses Society, 2006). Les phlébités peuvent conduire à une bactériémie, même après le retrait du cathéter (Tagalakis et al., 2002). L'extravasation de la solution dans les tissus environnants est également un risque potentiel.

Les risques d'inconfort et les impacts pour le patient sont multiples : le remplacement du cathéter et l'installation d'un nouveau dispositif dans un autre site, de façon répétée, diminuent l'accès veineux et conduisent parfois à des procédures invasives comme l'installation de cathéter veineux centraux. Ces problèmes occasionnent également des délais dans l'administration de solutions parentérales. La durée de séjour des patients et les coûts associés à l'hospitalisation sont augmentés (Tagalakis et al., 2002). Les bactériémies (cathéter sepsis) sont une complication rare, mais potentiellement mortelle.



### **Objectif de l'étude**

L'objectif de l'étude était de mesurer la prévalence des sondes urinaires et des voies veineuses périphériques en usage chez la clientèle admise

et évaluer l'impact d'une formation auprès des infirmières de médecine (générale et spécialisée incluant l'unité SARM) du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) Hôtel-Dieu.

### **Méthodologie**

Cette étude descriptive en deux temps fait état de l'observation directe de la prévalence de l'utilisation de cathéters (sondes urinaires et cathéters intraveineux périphériques) chez une clientèle de médecine. Cette évaluation terrain fut réalisée en deux temps : soit au Temps 1 (novembre 2008) et au Temps 2 (avril 2010), ce qui a permis de valider la présence de cathéter intraveineux et de sonde urinaire et d'en vérifier la justification et la pertinence; d'examiner également le dossier, le profil pharmaceutique et le Cardex des patients. Certains ont été observés plus d'une fois. Cette observation s'est déroulée à l'insu du personnel afin d'éviter le changement de comportement de ceux-ci (effet Hawthorne).

### **Formation**

Une formation de deux heures, donnée aux infirmières en janvier 2010, permettait de soutenir le changement de pratique visé. La formation avait

pour but de sensibiliser les infirmières et infirmières auxiliaires de ces unités à leur pratique actuelle et aux risques associés à l'utilisation prolongée de ces types de cathéters invasifs. Elle visait également à ce que le personnel infirmier adapte sa pratique en lien avec les données probantes qui soulignent l'importance de retirer le plus rapidement possible les cathéters. Ultiment, l'objectif était de diminuer la durée de la mise en place de ce type de mesures effractives. Ce projet s'inscrivait dans une démarche de conscientisation du personnel infirmier face à leur pratique et aux conséquences sur les patients. La formation avait également pour objectif d'assurer une plus grande sécurité, un confort accru et une plus grande liberté de mouvement chez les patients hospitalisés en médecine, favorisant ainsi une diminution des risques d'infection associés à l'utilisation de ces techniques invasives et inconfortables. De ce fait, nous souhaitons contribuer possiblement à la réduction de la durée de séjour des patients ainsi qu'à l'apparition de bactéries multi-résistantes à long terme.

Des outils de soins<sup>2</sup>, format de poche, faciles à transporter ont été développés afin de soutenir les infirmières et infirmières auxiliaires dans leur travail quotidien.

## Sondes urinaires

### Rappels

- Indications et durée du sondage vésical doivent être limitées et reconsidérées :
  - **die** par le médecin
  - **q 8h** par l'infirmière et en informer le médecin
- Lavage des mains essentiel **avant** et **après** la manipulation de la sonde
- Gants changés entre chaque patient
- Lavage des mains entre chaque patient
- Installation de la sonde réalisée en technique d'asepsie
- Hygiène périnéale :
  - avant l'installation et avant le retrait de la sonde
  - procéder aux soins périnéaux **régulièrement** et après chaque incontinence fécale
- S'assurer de respecter la **technique** pour les prélèvements de labo (système clos)
- Privilégier les alternatives à la sonde (condom urinaire, cathétérisme intermittent, échographie sus-pubienne (bladder scan) pour la mesure du résidu vésical)

## Sondes urinaires

### Rappels

- Éviter que le robinet de vidange touche une surface contaminée
- S'assurer que chaque patient possède son propre contenant à mesure d'urine afin d'éviter la contamination croisée
- Prévenir l'accumulation d'urine dans le tube de drainage
- Vider l'urine dès que le sac est rempli à demi
- Éviter de surélever le sac de drainage plus haut que le niveau de la vessie
- Si nécessaire de surélever le sac d'urine pendant le transfert (lit-civière), vider le sac de drainage avant
- Remplacer le dispositif de drainage dès que souillé ou endommagé
- S'assurer que le sac de drainage ne touche pas le sol

### Recommandation : durée de la sonde

- 100 % latex 2-3 jours
- 100 % silicone 29 jours
- Latex recouverte de silicone 7 jours (Teleflex 2009)

(AQESSS,2010; Sanjay, Saint et al., 2006; Potter & Perry, 2005)

Hôpital Fleurymont  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke, QC J1H 5N4  
819 346-1110



Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke

Hôtel-Dieu  
380, rue Bowen Sud  
Sherbrooke, QC J1G 2E8  
819 346-1110



FONDATION  
CHUS  
FONDATION DE LA RECHERCHE EN SANTÉ

Bureaux administratifs  
500, rue Murray  
Sherbrooke, QC J1G 2K6  
819 346-1110



Utilisation et surveillance sécuritaire des sondes / cathéters IV

Martine Proulx, inf. M.Sc., conseillère cadre clinicienne  
Programme-clients en soins médicaux spécialisés  
Maryse Grégoire, inf. M.A., conseillère cadre clinicienne  
Programme-clients en médecine générale et urgence  
Proulx/Grégoire – 2010



## Cathéters IV

Échelle d'infiltration (traduction libre, INS, 2006)	
Niveau	Signes et symptômes
0	Absence de signes et symptômes
1	Peau blanche Oedème < 1 po Peau froide au toucher Douleur possible
2	Peau blanche Oedème : 1 à 6 po Peau froide au toucher Douleur possible
3	Peau blanche, translucide Oedème important > 6 po Peau froide au toucher Douleur modérée Engourdissement possible
4	Peau blanche, translucide, tendue, suintante Peau décolorée, bleutée Oedème important > 6 po Oedème à godet Signes d'altération de la circulation Douleur modérée à sévère Toute infiltration d'un produit sanguin, d'une solution irritante ou vésicante
Échelle de phlébite (traduction libre, INS, 2006)	
Niveau	Signes et symptômes
0	Absence de signes et symptômes
1	Érythème au site d'insertion Douleur possible
2	Douleur au site d'insertion avec érythème et/ou oedème
3	Douleur au site d'insertion avec érythème et/ou oedème Présence d'une trainée rouge Cordon palpable
4	Douleur au site d'insertion avec érythème et/ou oedème Présence d'une trainée rouge Cordon palpable; longueur > 1 po Écoulement purulent

Utilisation et surveillance sécuritaire des sondes / cathéters IV

Hôpital Fleurymont  
3001, 2<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke QC J1H 5N4  
819 346-1110



Centre hospitalier  
universitaire  
de Sherbrooke

www.chus.qc.ca

Hôtel-Dieu  
580, rue Boivin Sud  
Sherbrooke QC J1G 2E8  
819 346-1110



Bureaux administratifs  
500, rue Murray  
Sherbrooke QC J1G 2K6  
819 346-1110



## Cathéters IV

Utilisation et surveillance sécuritaire des sondes / cathéters IV

### Sites à éviter :

- Membres inférieurs
- Régions des articulations
- Intérieur du poignet
- Veines sensibles au toucher, tortueuses, thrombosées
- Régions où la peau est inflammée, irritée, contusionnée
- Bras avec fistule AV (artério-veineuse) présente ou prévue
- Bras du côté atteint à la suite d'un AVC (contractures, hémiplégie)
- Bras du côté ayant subi une mastectomie radicale et/ou une dissection axillaire (lymphoedème)
- Site distal à une infiltration ou à une extravasation précédente
- Débiter le traitement IV dans la partie la plus distale du bras (main avant l'avant-bras)

### Fréquence changement cathéter :

- **72 h maximum**
- Si cathéter a été installé en urgence avec mesures aseptiques compromises : installer un nouveau cathéter aussitôt que possible dans moins de 24 à 48 h

### Rappel :

- **Pas plus de 2 tentatives par intervenant**
- Retirer tout cathéter IV non prescrit
- Se questionner **q 8h** sur la pertinence du maintien du cathéter IV et en informer le médecin (INS, 2006)

Martine Proulx, inf. M.Sc., conseillère cadre clinicienne  
Programme-clients en soins médicaux spécialisés  
Maryse Grégoire, inf. M.A., conseillère cadre clinicienne  
Programme-clients en médecine générale et urgences  
ProulxGrégoire – 2010



❖  
**Résultats**

Les résultats ont été compilés à l'aide du logiciel Excel et les analyses statistiques à l'aide de Statview.

Plus de 664 observations portant sur 552 patients ont été effectuées (tableaux 1 et 2).

La prévalence des sondes urinaires est la même au Temps 1 qu'au Temps 2 : soit 6 %. La durée du port de la sonde est passée de 5,3 jours (T1) à 4 jours au Temps 2 ( $p=,3$ ), ce qui est non significatif statis-

tiquement. Cependant, d'un point de vue clinique et surtout pour le patient, c'est une amélioration à souligner.

Pour les cathéters intraveineux périphériques, la prévalence est passée de 45 % au Temps 1 à 54,5 % au Temps 2. L'installation de cathéters intraveineux périphériques à l'urgence a connu une diminution intéressante quoique le nombre de cathéters installés sans motif ait augmenté. La durée du port des cathéters intraveineux périphériques a, quant à elle, diminué significativement de 6,6 jours au Temps 1 à 3,4 jours au Temps 2 ( $p < ,0001$ ).

**Tableau 1 :**

*Résumé des caractéristiques des patients lors des observations obtenues aux deux temps de la recherche.*

	<b>Temps 1</b> (N = 281 / 321 obs.)	<b>Temps 2</b> (N = 271 / 343 obs.)
Patient	41 % médecine générale 59 % médecine spécialisée	49 % médecine générale 51 % médecine spécialisée
Âge moyen	72,8 (16,6 DS) 81 % > 60 ans 51 % > 76 ans	74,97 (16,06 DS) 85 % > 60 ans 59 % > 76 ans
Sexe	39 % hommes 61 % femmes	42 % hommes 58 % femmes
Durée hospitalisation lors de l'observation	42 % > 10 jours 10 % > 30 jours	43 % > 10 jours 8 % > 30 jours
Durée d'hospitalisation	39 % < 12 jours 40 % > 22 jours	33 % < 12 jours 41 % > 22 jours

**Tableau 2 :** *Prévalence, durée et justification des sondes et accès veineux.*

	<b>Temps 1</b>	<b>Temps 2</b>
Prévalence de sondes urinaires	5,6 %	6,4 %
Durée moyenne	5,3 jours (7,6 DS)	4,1 jours (4,2 DS) $p=0,3NS$
Accès veineux périphériques (intermittent ou soluté)	45 %	54,5 %
Durée moyenne	6,6 jours (9,3 DS)	3,4 jours (4,2 DS) $p < 0,0001$
Cathéters installés à l'urgence	85 %	56 %
Pas de motif justifiant l'accès veineux	29 %	38 %

On retrouve, de façon significative ( $p= 0,0001$ ), la présence d'une voie veineuse plus fréquente chez les patients âgés sous téléométrie ou pour ceux qui ont une prescription de soluté ou de médicaments intraveineux. De plus, les patients nouvellement admis sont plus fréquemment porteurs d'un accès veineux.-



### **Discussion**

Bon nombre de patients ont un accès veineux sans raison clinique. Ces cathéters pourraient être retirés plus rapidement, et cela dès l'urgence. De plus, une formation adéquate du personnel réduirait de près de moitié la durée de l'utilisation des voies veineuses ( $p<,0001$ ). La majorité des patients porteurs de sondes urinaires avaient un sac en drainage libre, qui pourrait avantageusement être remplacé par un sac à cuisse pour favoriser la mobilité et l'autonomie. La durée du port des sondes urinaires est réduite d'une journée ( $p=NS$ ), ce qui est cliniquement significatif pour le patient et est certainement plus confortable. Le choix du devis est approprié dans le contexte hospitalier actuel et selon le but visé par l'étude. Bien que la pose systématique des cathéters intraveineux périphériques faite à l'urgence ait diminué, nous constatons que la formation a eu moins d'impact sur la pertinence de la mise en place de ces cathéters.



### **Conclusion**

Les infections vont malheureusement toujours faire partie du paysage hospitalier et leur présence est plus constante que jamais, alors que les soins médicaux deviennent de plus en plus complexes. Cette réalité s'applique à des patients qui sont de plus en plus malades, fragilisés et âgés.

Il faut travailler à retirer le plus rapidement possible les cathéters, si ces mesures invasives ne sont plus requises. Il faut également limiter la mise en place de cathéter au strict minimum, afin de ne pas interférer avec la mobilité ou causer des complications. De plus, nos efforts doivent s'orienter vers le développement de divers moyens afin de diminuer la durée d'utilisation des sondes urinaires et des solutés.

Il faut favoriser la démedicalisation des soins pour faciliter la mobilisation : enlever les sondes, solutés, etc., si ces mesures invasives ne sont

plus requises, et ce, dès la salle d'urgence (Doiron & Dupras, 2009).

Il faut continuer la sensibilisation et la formation auprès du personnel infirmier sur les bonnes pratiques.

Les infirmières ont la responsabilité de questionner la pertinence des sondes et des solutés auprès des médecins.

### **REMERCIEMENTS**

Sincères remerciements à Chantal Boulanger, Amélie Moreau, Sylvain Samson, Monique Boucher, Luc Lizotte, Madeleine Provencher, Sylvie Quirion. Merci également au Fonds Brigitte-Perreault pour leur soutien financier.

### **NOTE**

- 1 Étude présentée sous forme de communication par affichage lors du dernier congrès du SIDIEF tenu à Genève du 20 au 24 mai 2012.
- 2 Ces outils de soins, de format poche, sont disponibles sur demande à la Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke. Tél. (819) 346-1110.

### **RÉFÉRENCES**

- Band, J.D., & Gaynes, R. (2009). Prevention of intravascular catheter related infections. *Uptodate*, 1-34.
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. 2010.
- Doiron, André, & Dupras, Annik. (2009). Comment survivre à son hospitalisation? *Le Médecin du Québec*, 44(1), 51-57.
- Farr, Barry M. (2004). Nosocomial infections related to use of intravascular devices inserted for short term vascular access. In Mayhall, C. Glen. (2004). *Hospital Epidemiology & Infection Control* (3<sup>rd</sup> ed.).
- Fekete, Thomas. (2009). Urinary tract infection associated with indwelling bladder catheters. *Uptodate.com*.
- Gardham, M.A. et al. (1998). Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections. *Clinical Performance and Quality Healthcare*, 6, 99-102.
- Infusion Nurses Society. (2006). Infusion nursing standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*, 29, Suppl. 1S.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Les soins de santé au Canada 2007*. Ottawa : L'Institut; 2007. Site Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/hcic2007\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/hcic2007_f.pdf) (Date de consultation : le 12 mars 2008).
- Institut Pasteur. (2002). *Conférence de consensus de la société de pathologie infectieuse*. Infections urinaires nosocomiales de l'adulte. Paris.

Laupland, K.B., Ross, T., Pitout, J.D., Church, D.L., & Gregson, D.B. (2007). Community-onset urinary tract infections: A population-based assessment. *Infection, Jun*; 35(3), 150-153.

Nicolle, L.E. (2002). Resistant pathogens in urinary tract infections. *Journal of American Geriatric Society*, 50 (7 supp.), S230-235. Dans Thirion, Daniel J.G. et David Williamson. (2003). *Les infections urinaires : une approche clinique*. Pharmactuel, 36(5), 246-255.

Saint, Wiese, Amory et al. (2000). Are physicians aware of which of their patients have indwelling urinary catheters?. *American Journal of Medicine*, 109(6), 476-480.

Salgado, C.D., Krachmer, T.B., & Farr, B.M. (2003). Prevention of catheter associated urinary tract infections. In: Wenzel, R.P. (ed.), *Prevention and Control of Nosocomial Infections*, pp. 297-311. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sanjay, Saint et al. (2008). Preventing hospital-acquired urinary tract infection in the United States: A national study. *CID*, 46, 243-50.

Tagalakis, V., Kahn, S.R., Libman, M., & Blostein, M. (2002). The epidemiology of peripheral vein infusion thrombophlebitis: A critical review. *The American Journal of Medicine*, 113, 146-150.

**Maryse Grégoire**, inf. M.A. (recherche en gérontologie), est conseillère cadre clinicienne pour le Programme clientèle Médecine générale et urgence à la Direction interdisciplinaire des services cliniques du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Elle est également professeure associée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke où elle agit à titre de chargée de cours et superviseure de stages en soins critiques aux urgences. Madame Grégoire est nouvellement présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Estrie (ORIE) depuis 2012.

Détentrice d'un certificat en administration des affaires, d'un certificat en gérontologie, d'un baccalauréat en sciences infirmières, d'une maîtrise recherche en gérontologie, d'un microprogramme en éthique clinique (2<sup>e</sup> cycle) de l'Université de Sherbrooke, elle détient également un certificat en gestion des services de santé et des services sociaux de l'Université du Québec ainsi qu'un diplôme de 2<sup>e</sup> cycle de l'École nationale d'administration publique (ENAP).

**Docteur Patrice Laplante**, md, CCFP, M. Sc. Cl., est chef du Département de médecine générale du CHUS et chef médical du Programme clientèle Médecine générale et urgence. Il est professeur d'enseignement clinique du Département de médecine familiale de l'Université de Sherbrooke. Il pratique à la Clinique médicale de Fleurimont et à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke.

Spécialiste en médecine de famille, il a complété son doctorat en médecine et sa résidence à l'Université de Sherbrooke et il est détenteur d'une maîtrise en sciences cliniques de l'Université Western Ontario.

**Martine Proulx**, inf. M Sc., est conseillère cadre clinicienne pour la Direction adjointe des soins infirmiers à la Direction interdisciplinaire des services cliniques du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Elle est également superviseure de stages en adaptation / réadaptation à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

Elle est détentrice d'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et d'une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal.

# Quand l'art contemporain s'installe en établissement de santé : l'expérience du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes

Huguette Bleau et Nathalie Lagüe

**A** fin d'animer différemment le milieu de vie du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, l'équipe du service des loisirs et du bénévolat, appuyée par la direction, a ouvert les portes de l'établissement à un projet novateur dans le domaine des arts visuels, soit une « résidence d'artiste » dans la résidence. Il y avait alors une volonté de vouloir faire les choses autrement, et offrir à la clientèle hébergée des activités nouvelles et stimulantes par un accès privilégié à l'art et la culture. Nous avons osé, mais le défi était grand! Il fallait changer deux perceptions : les aînés, vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques, sont incapables de prendre part à un projet artistique et ils n'ont aucun intérêt pour l'art contemporain!

À l'automne 2010, le projet « *Résidence d'artiste en résidence* » fut proposé aux récréologues par M. Serge Marchetta, directeur et chargé de projet de l'organisme culturel *C2S Arts et Événements*, dont un des mandats consiste à trouver de nouveaux milieux pour les artistes professionnels afin de faire connaître les enjeux de l'art contemporain. Les récréologues ont vite décelé le potentiel de cette intrusion artistique en établissement de santé. Imprégnées du désir d'explorer de nouvelles avenues en loisir et afin de faire vivre la notion de milieu de vie, elles ont développé le projet et obtenu les autorisations de la direction locale. Riche de ce soutien, il a été possible d'oser espérer modifier les pratiques et envahir des lieux réservés habituellement aux soins.

En tenant compte que dans l'art contemporain actuel, le processus est plus important que le produit final, tout devient possible. Cette notion s'avère très importante lorsqu'on travaille auprès d'aînés qui doivent apprendre à composer avec une ou

plusieurs maladies chroniques. Il importe de préciser que ce projet n'a aucune ambition thérapeutique et se distingue de l'art thérapie puisqu'il est différent d'un service de soutien psychologique et de santé. L'art permet d'aller chercher le résident à part entière, pour ce qu'il est et non uniquement comme une personne qui requiert des soins. Il contribue également à enclencher et encourager le mouvement de créativité qui lui permettra de continuer à se réaliser en tant qu'individu, un enjeu très important lorsqu'on vit en CHSLD.

Plusieurs rencontres furent nécessaires pour établir un pont entre le service des loisirs et du bénévolat et le projet artistique *C2S Arts et Événements*. Comme un CHSLD n'est pas un lieu **dédié aux arts**, les interventions artistiques doivent se faire dans le respect des différents aspects de la vie des résidents. En ce sens, le choix de l'artiste est primordial; il doit posséder des qualités relationnelles et son travail de création doit pouvoir rejoindre les affinités des aînés. Comme ce projet a une ambition de qualité et de longévité, il importe de mettre à contribution des artistes professionnels émergents. Le travail de partenariat avec un organisme culturel qui connaît les rouages du milieu artistique vient consolider ce travail de médiation culturelle. D'autant plus que ce projet de « *Résidence d'artiste en résidence* » doit culminer dans un contexte artistique professionnel, soit à la Maison de la culture du quartier à l'occasion d'une exposition pour grand public, soit en présentant en résidence le travail de l'artiste ainsi que les projets réalisés par les résidents ayant participé aux ateliers de création<sup>1</sup>.

C'est donc le 14 février 2011 qu'a eu lieu la première rencontre des aînés avec l'artiste en art relationnel et performance, madame Christine

Brault. Lors de ce projet pilote, elle a été présente sur les unités de vie à raison de trois jours par semaine, pour une période de six semaines. Le choix du temps alloué pour un tel projet a été basé sur le succès d'une résidence antérieure s'adressant à des élèves dans des écoles du quartier H o c h e l a g a - Maisonneuve. Tour à tour, les chambres, les couloirs et les aires communes se sont transformés en atelier où les aînés, quel que soit leur état de santé, ont été invités à participer au processus créatif. Au fil du temps, des rencontres ponctuelles et des périodes d'ateliers de création dans les unités de vie ont permis à quatorze aînés de 50 à 99 ans de participer à l'élaboration du projet artistique en lien avec la démarche artistique de l'artiste invitée.

***L'art permet d'aller chercher le résident à part entière, pour ce qu'il est et non uniquement comme une personne qui requiert des soins.***

Ces six semaines du projet-pilote se sont écoulées rapidement et madame Brault a su déceler des histoires de vies riches et des habiletés qui lui ont inspiré le titre d'une première exposition « *Fil de vies et instants ténus* ». Les travaux artistiques des résidents tels les dessins, les peintures, les poèmes et les broderies ont été assemblés par l'artiste en résidence afin d'en faire une œuvre collective. Elle s'en est d'ailleurs inspiré pour réaliser une performance lors du vernissage à la Maison de la culture Maisonneuve avec des masques chirurgicaux brodés de fils rouges de mots significatifs tels que dignité, colère, respect, amour, etc., recueillis tout au long de son passage au CHSLD. Tous les résidents et leurs familles étaient alors conviés pour apprécier le résultat de cette première expérience et une exposition ouverte à la communauté s'est poursuivie du 31 mars au 15 avril 2011.



### ***L'impact du projet***

L'impact de ce projet fut surprenant et impressionnant. Tout d'abord, malgré les limites souvent importantes imposées par les maladies chroniques, l'art a permis aux aînés d'affirmer leur droit d'être un individu à part entière, capable de faire des choix et de vivre des expériences nouvelles et valorisantes. Plusieurs bénéfices cognitifs découlent de ce projet, dont la capacité d'émettre des idées originales, de prendre des risques, d'utiliser les connaissances acquises au fil de la vie afin de créer et, en plus,

d'inspirer l'artiste en résidence. Le processus créatif, mis en place par une artiste professionnelle en art visuel dans le milieu de vie, a permis aux participants d'avoir des objectifs de vie et de reprendre leur autonomie. Ils avaient alors la possibilité de poursuivre leur création au moment désiré, en dehors de la présence de l'artiste. Ils avaient le contrôle de leur projet. D'ailleurs, lors du vernissage du projet pilote, une participante a pris la parole et a exprimé en ces termes ce que le projet lui a apporté :

*« Je n'avais plus goût à la vie, je m'étais retirée. J'ai même tenté le pire.*

*Mais lorsque j'ai commencé le projet, j'ai recommencé à prendre goût à la vie. »*

Nous avons également décelé des changements dans l'attitude des familles. En fait, ce projet a permis aux enfants de voir leurs parents d'une manière différente et non plus seulement comme des personnes malades et affaiblies nécessitant soins et services. Voir le résultat du processus artistique dans un lieu professionnel comme la Maison de la Culture a permis de rehausser l'image personnelle du résident et l'image qu'en avaient ses proches, sans compter la fierté de pouvoir présenter un travail artistique achevé devant un vrai public.

Des talents insoupçonnés ont aussi été découverts par l'artiste, par les proches des résidents et par le personnel. Par exemple, certains enfants ignoraient que leur mère avait un talent en dessin et ils ne cessent, depuis ce jour, de lui procurer des cahiers et des crayons. Puis, il y a eu des histoires de vie qui se sont dévoilées, dont celle d'une dame ayant eu un second mari artiste peintre. Nous l'avons constaté, l'art interpelle les aînés bien plus que l'on oserait le croire, et ce, peu importe le milieu d'origine.

L'impact s'est également fait sentir auprès du personnel. L'implication du personnel des soins a été constante et s'est montré un atout essentiel au succès de cette entreprise. Impliqués dès le début, les soignants ont été témoins de l'évolution de l'état d'esprit des résidents face à leur création et au projet dans son ensemble. Les préposés aux bénéficiaires, les infirmières auxiliaires et les infirmières étaient présents pour préparer les résidents, les encourager et les soutenir.

❖  
*Et la suite...*

Riche de ce projet pilote, le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes ne voulait pas en rester là; il était hors de question de brimer leur appétit artistique. L'introduction de l'art contemporain a pris de l'ampleur par une deuxième résidence d'artiste sur deux périodes de quinze semaines. Ce projet, plus important dans le temps, a permis à l'artiste Christine Brault de « vivre » le rythme des aînés qui y résident et de poursuivre le travail entrepris lors de sa première résidence. Des conférences d'artistes en arts visuels ont également été introduites dans la programmation, bonifiant ainsi le projet en cours.

Ce concept unique au Québec, « *Résidence d'artiste en résidence* », a d'ailleurs remporté le prix « *Loisir et innovation* » en octobre 2011 dans le cadre du Symposium annuel de la Fédération québécoise du loisir en institution. Depuis, l'intérêt pour ce projet ne cesse de croître : une conférence a été offerte en avril dernier lors du colloque de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gériatrie et un atelier sera présenté lors du prochain Symposium des intervenants en loisir qui aura lieu à Québec en octobre 2012. Cette initiative a même été reconnue par la communauté en faisant la une du journal du quartier!

Devant l'importance d'introduire l'art et la culture dans les centres d'hébergement de soins de longue durée, l'une des récréologues s'est inscrite à la maîtrise en loisir, culture et tourisme de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Son objectif est de créer un modèle accessible aux autres établissements de santé.

D'autres idées germent et s'intègrent à la programmation des loisirs afin d'augmenter la variété d'interventions au sein de l'établissement. Au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, nous voulons entretenir la curiosité et renforcer le désir de faire des projets qui surprennent afin de susciter la création d'objectifs de vie chez les résidents ainsi que la reprise et la conservation de l'autonomie. Une nouvelle artiste, Karine Fournier, du groupe Les Villes-Laine, viendra cet automne inciter les résidents à faire des graffitis par le tricot dans notre quartier d'Hochelaga Maisonneuve. L'artiste bien connue,

Marie Eykel et l'artiste peintre Jean-Pierre Rive commenceront des ateliers en novembre 2012 afin que les résidents puissent illustrer leur vécu personnel. Un projet en danse contemporaine verra peut-être le jour, qui sait? Faire vivre le loisir à travers les arts en CHSLD est possible. Oser pour obtenir les résultats observés chez les résidents en vaut la peine.

Il y a un large éventail de pratiques en art contemporain. Toutes les disciplines, que ce soit le dessin, la peinture, la sculpture, l'installation, la performance, la photographie, la vidéo et toute autre forme d'expression, qui pourraient être liées au domaine des arts visuels, peuvent être exploitées et découvertes par les résidents. La fusion entre les deux univers, arts et lieux de soins, permet d'offrir aux aînés un milieu de vie riche d'humanité. Il permet à des artistes d'être soutenus dans leur démarche artistique et de rencontrer un nouveau public. Il favorise également l'accès privilégié à l'art et à la culture pour les résidents.

❖  
*Conclusion*

En somme, l'intervention de l'art par des projets artistiques relationnels permet l'épanouissement d'une vie sociale et culturelle dans des milieux de soins, d'échapper momentanément aux réalités de la maladie et de créer un espace où les émotions peuvent s'exprimer que l'on soit participant ou même spectateur. De plus, ce partenariat artistique et culturel crée un nouveau concept de loisirs en milieu institutionnel et, de ce fait, améliore et augmente la qualité du loisir offert à la clientèle hébergée. Ainsi, il décroïsonne le milieu institutionnel en permettant à un artiste d'y établir sa résidence et en exposant les œuvres des participants à la Maison de la culture du quartier.

Le CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes a ouvert toutes grandes les portes du centre d'hébergement sur la communauté et désire inscrire ce projet novateur dans la durée.

*NOTE*

1 Lien internet des vidéos des résidences d'artiste de Christine Brault : Fils de vies et instants ténus (février et mars 2011) : <http://www.youtube.com/watch?v=T24cna4Fffo> et Fils de vie...passages (automne 2011 et hiver 2012) : <http://www.youtube.com/watch?v=ctKEHDtffs>

**Huguette Bleau** occupe les fonctions de directrice des soins et services cliniques au CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes, et **Nathalie Lagüe**, celles de récréologue.

# *Vivre en sécurité dans une résidence privée*

*Louis-Marie Decoste, directeur des soins et services de santé, Résidence Wales*

---

*Un jour, à la fin de sa journée, la directrice générale de la Résidence privée Wales, madame Brendalee Piironen, se dirigeant vers sa voiture, aperçoit une personne gisant par terre. Il s'agit d'un client autonome de l'établissement. Secouru rapidement par l'équipe de soins en place, il ne présente aucune blessure consécutive à sa chute. Cependant, nous étions en janvier et il faisait un froid glacial. Que serait-il arrivé si personne ne l'avait vu? Ce monsieur n'avait aucun moyen d'appeler à l'aide. Cette question a hanté madame la Directrice dans les jours qui ont suivi. C'est suite à cet événement qu'un système de repérage des résidents à l'extérieur a été installé.*

La sécurité et le bien-être des résidents ont toujours été prioritaires dans cet établissement. Fondée en 1921, la Résidence Wales est une organisation privée, sans but lucratif, qui fournit une gamme de soins continue à 200 personnes âgées, qu'elles soient totalement autonomes, nécessitent des soins légers de convalescence ou soient en perte d'autonomie physiques ou cognitive (CHSLD). Le Wales Home s'est donnée comme mission le respect de la dignité de tous en offrant un environnement sain, sécuritaire et chaleureux qui encourage l'indépendance, l'amitié et le confort tout en fournissant une ambiance accueillante pour les amis et familles.

Dans cette résidence, les couples peuvent vivre ensemble même si la condition de l'un requiert plus de soins. Une immense véranda et de beaux solariums sont accessibles à l'année. Un étang, ensemencé de truites, permet aux résidents de pêcher à certaines périodes de l'année. Entourée de 450 acres de champs et de forêts, la résidence possède sa propre ferme laitière et son érablière située tout près. De plus, un beau jardin thérapeutique alliant odeur et couleur a été récemment inauguré pour le bonheur de notre clientèle, surtout pour celle atteinte des premiers stades de la maladie d'Alzheimer.



## ***Le système de repérage***

En septembre 2011, la Résidence Wales Home et CHSLD Wales inc. a installé un nouveau système de repérage des résidents (type WiFi, sans fil) qui assure une sécurité maximale en informant rapidement le personnel médical de l'endroit exact où se trouve la personne requérant du secours ou de l'aide, et ce, partout dans le bâtiment et sur les terrains du Wales

Home. Convivial et facile d'utilisation, il contribue grandement à optimiser la sécurité des résidents et la qualité des soins offerts à la Résidence. Il offre, de plus, la solution la plus avantageuse et la plus pratique, en assurant une couverture de repérage intérieure et extérieure, en faisant un rapport sur le temps de réponse à une demande d'assistance et en donnant l'alerte avec informations détaillées dans un délai de 30 secondes. Le système permet également de mesurer objectivement les temps de réponses, et ainsi de l'utiliser comme indicateur de qualité de soins.

Au moment de l'installation du système, chaque résident du Wales Home s'est vu remettre un bracelet de secours qui lui permet d'obtenir de l'aide immédiate en cas de besoin par simple pression d'un bouton d'alerte. Ce dispositif porté par le résident envoie un signal d'alerte au poste des infirmières et aux iPods que le personnel infirmier porte sur lui en tout temps. Le système informatisé de cartes reliées aux iPods, permet de localiser immédiatement et en temps réel le requérant. Le système envoie également une alerte au personnel infirmier lorsqu'un résident quitte une zone sécurisée. Le RTLS (real time location system) donne également l'alerte en cas de détresse d'un membre du personnel et assure la surveillance de la température ambiante et de l'équipement.



## ***Conclusion***

Avec la récente et complète modernisation de son CHSLD de 85 lits, comprenant l'installation du système de repérage et la création du jardin thérapeutique AVIVA pour les personnes atteintes des pre-

miers stades de la maladie d'Alzheimer, le Wales Home continue son ascension vers l'excellence. Innovation, avancement et développement sont les trois mots qui viennent à l'esprit avec l'accomplissement de ces récents changements. Ces derniers investissements élèvent les standards de la qualité des soins à un autre niveau et nous en sommes très fiers. Nous croyons que les personnes qui fréquentent notre centre méritent qu'on fasse les efforts nécessaires pour assurer leur sécurité et leur bien-être.

*« Ce qui compte ce n'est pas tant l'endroit où nous sommes en ce moment mais plutôt l'endroit vers lequel nous nous dirigeons »  
Oliver Wendell Holmes*

Pour plus d'information sur la Résidence Wales:  
<http://www.waleshome.ca/>

Résidence Wales  
506, route 243 nord  
Cleveland (Québec)  
JOB 2H0

---

*Aux deux extrémités de la vie  
Réflexion d'un homme devant les efforts pour  
survivre faits par son petit-fils né prématurément  
et par son père très âgé en fin de vie*

*Jean-Yves Brousseau*

---

« Quelle ironie du sort : pendant que mon petit-fils vient au monde, mon père le quitte tranquillement.

- Les deux font à peu près les mêmes efforts : le petit se bat pour respirer plus fort, mon père aussi...
- Le petit apprend à manger du solide, mon père s'habitue à manger des liquides épaissis...
- Le petit porte des couches, dort tout le temps et ne s'active qu'à l'heure du repas, mon père fait de même, dort la majeure partie de la journée, porte des culottes jetables et ne se réveille que pour manger...
- Le petit est venu au monde, entouré de l'amour de sa famille qui l'attendait dans la joie, mon père le quittera dans la douceur, entouré de l'amour des siens...

Ainsi va la vie ! L'un arrive, l'autre part... »

Monsieur **Jean-Yves Brousseau** est âgé de 58 ans et habite Lévis, au Québec.



# Des pieds en santé, gage de confort

Viviane Leblanc, MBA, présidente de l'Association  
des Pédicures du Québec inc.

Le bien être d'une personne dépend de nombreux facteurs. Parmi ceux-ci, des pieds en bonne santé est un élément très important. Malheureusement, ce facteur est souvent négligé ou ignoré. Outre les problèmes mécaniques et les facteurs d'hérédité, le vieillissement engendre souvent de multiples problèmes et inconforts.

Et pourtant, des soins donnés par des intervenants ayant une formation adéquate pour l'entretien des pieds peuvent permettre de réagir rapidement et d'être attentifs aux nouveaux signes précurseurs de problèmes et d'inconforts.

## L'Association des pédicures du Québec

Elle regroupe actuellement plus de 300 membres à travers le Québec. Elle a été fondée en 1992, avec la collaboration de monsieur Paul Andrès, podiatre et enseignant en soins podologiques. Madame Diane Mathieu, infirmière, a assumé la présidence et la direction depuis la fondation jusqu'en 2006. En mai 2008, les membres de la Corporation Nationale des Spécialistes de l'Hygiène du Pied, fondée en 1989, se sont joints à l'Association.

Les pédicures prodiguent, à domicile, en cabinet privé ou en centres d'accueil, des soins d'hygiène et de confort aux pieds. Vous pouvez visiter le site [www.lapq.ca](http://www.lapq.ca) pour connaître les noms des membres présents dans votre ville.

## Objectifs de l'Association

L'Association a pour objectif d'assurer la protection du public et de ses membres dans la pratique des soins de confort aux pieds par une formation continue et l'établissement de normes d'admission et de protocoles de pratique.

Pour ce faire, l'Association vérifie les compétences des nouveaux candidats par un examen pratique et théorique. Les membres doivent se conformer au *Guide de pratique de l'Association* qui regroupe les différents protocoles, dont celui du nettoyage et de la stérilisation des instruments. Afin que les connaissances des membres soient enrichies et mises à jour,

l'Association offre deux jours de formation par année, formations dispensées par des professionnels de la santé, tels que podiatres, dermatologues, médecins spécialisés en diabétologie, pharmaciens et orthésistes.

De plus, tous les membres possèdent une couverture d'assurance responsabilité professionnelle.

## Le travail effectué par les membres

Malheureusement, le professionnalisme des pédicures est peu connu. Pourtant, ils peuvent être un support précieux dans la poursuite du bien-être des personnes.

Ils possèdent une formation professionnelle pour soulager les inconforts :

- observer l'état général du pied, des chaussures et des bas;
- réduire les hyper kératoses (durillons, cors, crevasses);
- tailler et/ou amincir les ongles de façon appropriée;
- prodiguer des conseils d'hygiène et de soulagement de la douleur;
- reconnaître des situations qui ne relèvent pas de leur compétence et conseiller une consultation auprès d'un spécialiste.

## Conclusion

On ne saurait trop insister sur l'importance d'avoir des pieds en bonne santé pour assurer une meilleure qualité de vie. Les inconforts aux pieds freinent souvent les activités sportives si utiles à l'équilibre d'une personne.

Pour plus d'informations, consultez le site de l'Association des pédicures du Québec à l'adresse :

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

# *En marge d'un colloque*

## *Soigner dans la complexité: les maladies chroniques et leurs défis*

Olivette Soucy

**L**e 27 avril 2012, au Centre des banquets et congrès Renaissance, avait lieu le colloque « *Soigner dans la complexité : les maladies chroniques et leurs défis* ». Quelque 210 personnes, comprenant des intervenants de la santé œuvrant dans les services hospitaliers, de soins à domicile, d'enseignement et de recherche ainsi que des exposants, étaient présents.

De plus, madame la ministre Marguerite Blais nous a honorés de sa présence en fin de journée et nous a entretenus de la nouvelle politique du ministère de la Santé et des Services Sociaux reliée aux aînés.



L'Assemblée générale annuelle commençait la journée. Notre association est en pleine réorganisation quant à son contenu et à son image; ce qui a ravi les membres présents.



Animé par Sophie Andrée Blondin, le colloque sur les maladies chroniques et leurs défis débutait. Quatre conférenciers principaux en avant-midi et plus de 16 conférenciers, issus des domaines de la clinique, de la recherche, de l'administration et de la politique en santé, ont exploré le thème du vieillissement et des maladies chroniques associées lors de rencontres principales ou de présentations en ateliers. Le thème a suscité un grand intérêt.

Ainsi que le soulignait Lucie Tremblay, première conférencière de la journée, on récolte aujourd'hui le succès atteint hier dans le traitement des maladies aiguës. Actuellement, le portrait clinique change et nous devons davantage maîtriser les maladies chroniques. Il nous reste beaucoup à connaître pour les comprendre et les traiter. Entre autres, nous devons apprendre à travailler en interdisciplinarité avec tous les intervenants des Centres de soins aigus, des milieux de soins de longue durée et surtout avec les soignants de personnes gardées à domicile.



Robert Salois, commissaire à la santé et au bien-être au gouvernement du Québec a présenté la situation actuelle des maladies chroniques<sup>1</sup> de même que les recommandations émises à l'égard des soins et des services liés aux maladies chroniques. Ces dernières



visent à mettre en lumière les modalités nécessaires pour mieux soutenir les cliniciens et les gestionnaires du réseau de la santé à faire face aux défis que représente la réponse aux problèmes de santé qui s'étalent tout au long de la vie des personnes.

François Béland, sociologue, a brossé un tableau du vieillissement et du système de santé. Il s'est notam-



ment demandé si le vieillissement était vraiment le grand coupable de tous les problèmes qui affectent le coût des soins dans le système de santé.

Le temps consacré au repas du midi a procuré une belle surprise et du plaisir aux participants grâce à une prestation de monsieur Charles Tisseyre qui a parlé



d'exercices physiques et de bonne forme notamment en évoquant ses activités en lien avec son ascension du Mont Mera.

Les ateliers de l'après-midi traitaient de santé physique ou mentale, d'évaluation, de gestion, d'organisation et d'amélioration de la qualité de vie des personnes présentant des maladies chroniques. Présentés à partir de recherches, de réalisations cliniques, les exposés ont été suivis avec grand intérêt.

Madame Marguerite Blais, ministre responsable des Aînés dans son exposé : « *Nos aînés : une qualité de vie à préserver* », a clôturé cette journée en parlant de la politique gouvernementale devant être présentée dans les semaines suivantes. Elle a également défendu avec vigueur certaines accusations concernant les manchettes de journaux ou télévisuelles concernant les CHSLD quant au travail des intervenants de ces milieux, de la nourriture qu'on y sert, jusqu'aux activités de loisirs procurées par des animateurs clowns thérapeutiques.

### **Communication par affichage**

Des communications par affichage étaient également présentées. Ce moyen d'échange permet un contact direct avec les participants au colloque

### **Articles de journaux**

Monsieur Christian Leduc, journaliste à *L'actualité pharmaceutique et Profession Santé.ca* a réalisé des entrevues avec madame la ministre Blais : « *Cessons de voir les personnes âgées comme des malades* » (<http://www.aqiig.org/pdf/EntrevueMBlais.pdf>), et avec madame Francine Lincourt Éthier, présidente de l'AQIIG : « *Le vieillissement relève du défi, pas de l'apocalypse* » (<http://www.aqiig.org/pdf/ColloqueAQIIG.pdf>).

### **Exposants**

Les exposants ont présenté leurs dernières réalisations destinées à aider les intervenants à améliorer les soins, les traitements et les services. Ces rencontres avec les divers fournisseurs sont toujours très appréciées par les assistants au colloque.

### **Remise de clés USB**

Tous les participants ont reçu, à leur arrivée, une clé USB contenant les conférences et les ateliers de la journée. Deux textes, celui de la conférence de madame Marguerite Blais et la présentation en atelier de madame Janique Beauchamp et de monsieur Pierre Gélinas n'ont pu être insérés sur cette clé. Ils pourront



être envoyés aux participants au colloque qui en feront la demande à [info@aqig.org](mailto:info@aqig.org)

#### **Tirage de divers prix de présence et d'une toile**

Plusieurs prix remis par divers commanditaires ont fait l'objet de tirages au sort parmi les participants de la journée. La toile signée Belo qui illustrait les docu-

ments du colloque 2012 a été gagnée par Mélanie Shang, infirmière.

De l'avis des participants, ce fut une très belle journée, riche en rencontres et en découvertes!

#### **NOTE**

1 CSBE\_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010-1.



# J'ai lu

Karine Thorn, inf., M.Sc. inf.

---

## La maladie d'Alzheimer: le guide

---

Poirier, Judes, & Gauthier, Serge. (2011). *La maladie d'Alzheimer : le guide*. Éditions Trécarré.

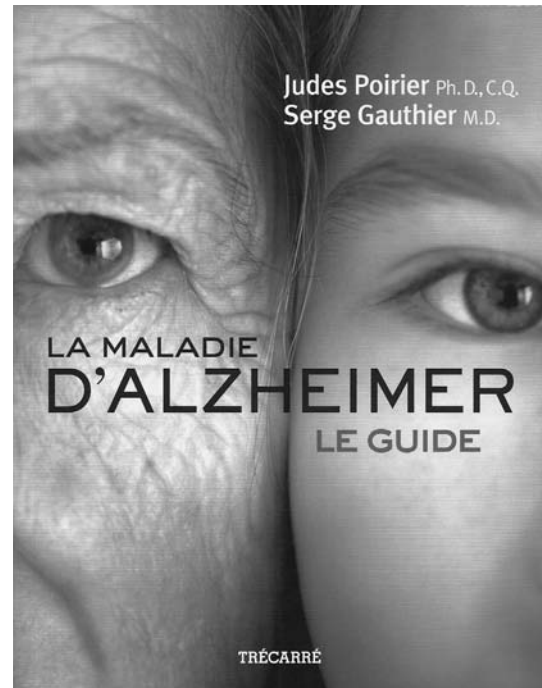
Ce livre se présente comme une référence pertinente et d'actualité sur la maladie d'Alzheimer, puisque « *pour paraphraser le célèbre fabuliste Jean de la Fontaine, on peut affirmer que tous ne seront pas personnellement victimes de la maladie, mais tous en seront affectés* ».

La préface d'André Chagnon, président du conseil et chef de direction de la Fondation Lucie et André Chagnon, est empreinte d'authenticité puisqu'on y apprend, entre autres, que son épouse est atteinte de la maladie. Il y exprime le souhait que le livre entre dans tous les foyers avant même qu'un diagnostic soit établi. Il invoque qu'il est beaucoup plus aisé de discuter en famille et ouvertement de l'éventualité d'avoir à vivre avec cette maladie alors que personne n'en est atteint.

Le chapitre portant sur le diagnostic est très intéressant : il contient de nombreux tableaux et termes vulgarisés, tout en expliquant le principe et l'utilité des tests d'imagerie. On y retrouve de petites histoires de cas très pertinentes qui reflètent bien la réalité du quotidien des personnes atteintes et de leurs proches. Le chapitre couvrant l'évolution de la maladie aborde plusieurs sujets délicats tels que la conduite automobile et l'éventualité d'un refus de la personne atteinte de revoir l'équipe médicale douloureusement associée à la perte du permis de conduire... Ceci en fait donc un ouvrage concret et collé à la réalité.

Le sixième chapitre présente les recherches en cours sur les causes possibles de la maladie d'Alzheimer. Une des sous-sections traite des considérations éthiques liées à la génétique. Ceci s'avère très pertinent puisque les tests touchant la génétique suscitent de plus en plus fréquemment des questions chez les proches des personnes atteintes de la maladie. Des explications claires et simplifiées relatives à ce sujet sont fournies et peuvent ainsi mieux outiller les intervenants ayant à faire face à ce type d'interrogation.

Enfin, le neuvième chapitre aborde les grandes décisions qui, tôt ou tard au cours de l'évolution de la maladie, devront être prises par la personne atteinte, ou plus



fréquemment par ses proches. Ce chapitre pourrait à lui seul être le sujet d'un livre entier; les principes généraux à considérer y sont discutés et offrent au lecteur une excellente base de réflexion.

Cet ouvrage, écrit en 2011 par deux médecins, sommités de la recherche biomédicale et neurologique, dresse ainsi un portrait complet de l'état actuel des connaissances à propos de la maladie d'Alzheimer. De plus, il peut outiller concrètement les intervenants, tout autant que les personnes atteintes et leur famille. Il serait intéressant que des ouvrages semblables traitant de maladies neurodégénératives apparentées, comme la démence fronto-temporale, soient écrits.

### NOTE

Voir également : Nasreddine, Z. (2005). Le MoCA; un nouvel instrument pour la détection de la maladie d'Alzheimer et des troubles cognitifs légers. *La Gérontoise*, 17(2) juin.

# J'ai lu

Karine Thorn, inf., M.Sc. inf.

---

## Une musicienne et son chirurgien : mutations génétiques et cancer, l'aventure d'une vie

---

Ouellet, Danielle. (2012). *Une musicienne et son chirurgien : mutations génétiques et cancer, l'aventure d'une vie*. Les Éditions du passage. (Préface de Yvon Deschamps).

---

Dans un livre de 191 pages, Danielle Ouellet présente l'expérience vécue par Anne Robert, violoniste professionnelle, qui, après avoir vécu un cancer du sein, apprend qu'elle est porteuse d'une mutation génétique, le BRCA2, transmis par son père. La probabilité pour elle d'être atteinte d'une autre forme de cancer (du sein, des ovaires, de l'utérus) est de 86 %. S'ensuit alors une longue période de doute et d'inquiétude quant au suivi à donner. Elle ne peut rester ainsi et attendre; il faut agir. Elle décide alors de subir une chirurgie préventive, soit l'ablation des seins suivie d'une reconstitution mammaire par lambeau de DIEP (Deep Inferior Epigastric artery Perforator flap), par le Dr. Alain Gagnon, chirurgien plasticien du CHUM. Plus tard, elle aura également une chirurgie préventive des ovaires et de l'utérus.

Ce livre bouleversant raconte le difficile cheminement vécu par Anne Robert à travers les diverses étapes du deuil : révolte, angoisse, marchandage, solitude, souffrance morale et physique, et enfin le retour vers la grâce, vers la vie. Les témoignages émouvants et inspirants de différentes personnes qui ont vécu une expérience similaire, nous font vivre leur douleur. Le témoignage d'un père, porteur du gène transmis par sa mère, qui apprend avec consternation qu'il l'a transmis à deux de ses trois filles, nous fait prendre conscience du désespoir et de l'impuissance qui habitent toute personne qui doit vivre cette expérience.

Ce livre est précieux pour nous, infirmières, car il donne des précisions scientifiques sur les mutations génétiques héréditaires, plus spécialement celles touchant les seins, les ovaires, l'utérus et la prostate, ainsi que les différents types de cancers qu'elles occasionnent. Cette connaissance est fort utile quand il s'agit d'accompagner les personnes aux prises avec ce problème : parentes, amies, malades. Diagnostiqués rapidement, un traitement peut être instauré, ce que nous ignorions totalement jusqu'à présent.



Le vœu de Anne Robert, c'est que toute personne vivant cette épreuve puisse être aidée. Lorsque pris à temps, les résultats sont très encourageants.

### NOTE

Afin de sensibiliser davantage un plus grand nombre de personnes, Anne Robert, violoniste, et son chirurgien, Dr Alain Gagnon, pianiste, en collaboration avec la Fondation du CHUM, ont mis au point le Projet Continuum qui comprend une série de concerts, la production d'un disque et le livre écrit par madame Danielle Ouellet.



## Pour toute communication avec l'Association

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

---

### Membres du Conseil d'administration 2012-2013

- Francine Lincourt Éthier, présidente  
Directrice des soins infirmiers  
et des programmes à la clientèle - Résidence Angelica  
(514) 324-6110, poste 289  
francine.lincourt.ange@ssss.gouv.qc.ca
- Huguette Bleau, vice-présidente  
Directrice des soins et services cliniques  
CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes  
(514) 527-4595, poste 310  
huguette.bleau.nddl@ssss.gouv.qc.ca
- Johanne Dumas, administratrice  
Chargée de projets - IUGM  
(514) 340-2800, poste 3416  
johanne.dumas.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Maria Crescenzi, administratrice  
Conseillère aux activités cliniques - Contractuelle  
mariacrescenzi@sympatico.ca
- Amélie Gagnon, administratrice  
Conseillère clinique à l'approche adaptée à la  
personne âgée - CSSS Laval  
(450) 668-1010, poste 24482  
agagnon2.cssl@ssss.gouv.qc.ca
- Céline Lagrange, administratrice  
Chef d'unité - IUGM  
(514) 340-2800, poste 4215  
celine.lagrange.iugm@ssss.gouv.qc.ca
- Olivette Soucy, administratrice  
Consultante en soins infirmiers gériatriques  
(514) 504-6279  
soucy.olivette@gmail.com
- Karine Thorn, trésorière  
Infirmière clinicienne  
Clinique de cognition - IUGM  
(514) 340-2800, poste 3082  
karine.thorn.iugm@ssss.gouv.qc.ca

---

### Changement d'adresse

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

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

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

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

À compter du : \_\_\_\_\_

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

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

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

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