

La Gérontoise

Volume 26, numéro 2 - Automne 2015

Les soins en fin de vie

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gérontologie

La Gérotoise
Automne 2015, vol. 26, no. 2

AQIIG

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

Présidente de l'AQIIG
Francine Lincourt Éthier

Rédaction

Rédactrices
Huguette Bleau
Olivette Soucy

Conseillère clinique
Johanne Senneville

Révisseuses linguistiques
Huguette Bleau
France Collin
Olivette Soucy

Création graphique et mise en page
73DPI

Collaboratrices
Louise Francoeur
Josée-Marie Fredette
Maryse Grégoire
Amélie Poulin
Olivette Soucy
Diane Tapp

Production

Infographie et impression
Quadriscan

Dépôt légal
4^e trimestre 2015
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1183-8051

Politique éditoriale

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

Cette revue est destinée à tous ses membres ainsi qu'à toute personne intéressée par la 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 35\$ pour un an et de 60\$ pour deux ans (étudiant et retraité), de 50\$ pour un an et de 85\$ pour deux ans (membre régulier), de 100\$ pour un an et de 170\$ pour deux ans (membre corporatif).

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

Table des matières

4

Mot de la présidente

5

Éditorial

6

SBAR : un outil de communication adapté pour les soins de santé

Josée-Anne Fredette et Maryse Grégoire

10

L'antibiothérapie pour le traitement de la pneumonie en contexte de démence avancée

Amélie Poulin et Diane Tapp

16

Les soins de fin de vie selon la Loi 2 : rôle et responsabilités de l'infirmière auprès des personnes âgées

Louise Francoeur

28

La Gérontoise, 25 ans déjà!
(2e partie)
Olivette Soucy

34

J'ai lu

Les violences domestiques : prise en charge et prévention

Équipe de rédaction

Mot de la présidente



Chères collègues,

C'est toujours avec un plaisir renouvelé que je vous retrouve à chaque publication de *La Gérotoise*. Quel bel automne nous avons eu cette année! J'espère que vous vous êtes gâtées un peu en profitant de cette température exceptionnelle et des couleurs attrayantes. Il fait bon d'en humer l'air et d'admirer ce spectacle automnal qui nous apaise et nous dynamise tout à la fois. Je ne me trompe pas, je crois, en affirmant que plusieurs d'entre vous en avez besoin... alors, profitons-en au maximum!

Le 23 avril dernier, nous avons eu l'immense plaisir de recevoir à notre souper conférence biennuel monsieur André Néron, directeur associé de Collaboration et partenariat patient de l'Université de Montréal et président du Comité de patients experts de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à titre de conférencier. Il a rappelé à la centaine de personnes présentes, l'importance pour les intervenants d'écouter la personne malade et de l'impliquer dans le suivi régulier des interventions

susceptibles de l'aider. Le partenariat est essentiel pour y arriver et une relation de confiance établie entre intervenants et malades est indispensable à une communication efficace. « Le patient partenaire est synonyme de sécurité des soins ».

Des certificats pour des heures accréditées par la FSI de l'Université de Montréal ont été remis à 57 infirmières qui en avaient fait la demande. Aussi, cinq bourses de 100\$ pour de la formation continue en gérontogériatrie ont fait l'objet d'un tirage de même que cinq livres offerts par les maisons d'éditions ou par les auteurs. Un merci sincère aux différents exposants et commanditaires qui étaient présents ainsi qu'au Regroupement des DSI Montréal-Laval pour les bourses de participation à ce souper. De plus, à l'occasion de cette activité, l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG a été remis à madame Marie-France Castonguay-Thibaudeau, une pionnière bien connue dans le milieu des soins et un modèle inspirant par son parcours de vie et ses multiples réalisations professionnelles.

Je ne vous apprend rien en vous disant que l'année 2015 est une année «charnière» dans le réseau de la santé. Force est de constater que les bouleversements vécus ou à venir ont un impact sur l'Association. En effet, la campagne de recrutement amorcée au début de l'été avec l'aide de 50 ambassadrices a été peu fructueuse. Le membership est le «moteur financier» pour amorcer les préparatifs de nos activités de formation. C'est pourquoi, lors de la réunion du CA du 29 septembre dernier, considérant les grands changements qui ont cours dans le réseau de la santé en ce moment, les compressions budgétaires, l'instabilité du personnel et des gestionnaires, l'essoufflement ressenti dans l'ensemble des établissements nouvellement fusionnés et le risque d'avoir peu de participants au colloque, le CA a dû prendre une décision difficile. Unaniment, les administratrices, à la lumière des facteurs énumérés précédemment, ont jugé qu'il serait plus sage et très prudent de reporter le colloque prévu le 3 juin 2016 au printemps 2017. Un comité «stratégique» a été formé mais nous avons besoin de vous.

VOTRE ASSOCIATION A BESOIN DE VOUS PAR VOTRE RENOUVELLEMENT D'ADHÉSION ET LE RECRUTEMENT AUPRÈS DE VOS PAIRS.

Soyons toutes solidaires de notre Association!

A handwritten signature in blue ink that reads "Francine Lincourt Éthier inf. M.B.".

Francine Lincourt Éthier
Présidente

Éditorial

Tout le numéro de l'Automne 2015 traite des soins en fin de vie. On sait comment cette période est difficile à vivre autant pour la personne malade que pour les proches. Pour l'équipe de soins, assurer des soins de qualité demande un travail soutenu de tous les professionnels et une organisation clinique de chaque instant. Les auteures de ce numéro se sont particulièrement attardées à présenter des interventions et des actions cliniques, susceptibles d'aider la personne en fin de vie et ses proches.

Dans l'objectif de faciliter la communication interprofessionnelle, mesdames Josée-Anne Fredette et Maryse Grégoire décrivent un instrument anglophone : *SBAR : un outil de communication adapté pour les soins de santé* utilisé dans le domaine de l'aviation. Il a été traduit et adapté pour les professionnels de la santé de différents milieux de soins. Déjà utilisé dans certains établissements de santé, il présente des avantages indéniables.

L'antibiothérapie pour le traitement de la pneumonie en contexte de démence avancée, article présenté par mesdames Amélie Poulin et Diane Tapp, traite de la pneumonie, chez des personnes démentes qui peut les entraîner vers la fin de leur vie. Les auteures mettent l'emphase sur l'importance d'une médication ajustée, d'un excellent travail interdisciplinaire, de soins adaptés et d'une bonne communication avec les proches.

Dans l'article *Les soins de fin de vie selon la Loi 2 : rôle et responsabilités de l'infirmières auprès des personnes âgées*, madame Louise Francoeur parle de cette Loi et de son entrée en vigueur en décembre 2015. L'auteure fait partie d'une équipe qui a élaboré et mis en place, depuis 2007, une formation sur la fin de vie, en contexte de CHSLD. Elle connaît bien le sujet. Quoique cette Loi présente de nombreuses difficultés d'application, elle est convaincue que les personnes âgées en bénéficieront. En effet, trop souvent absentes des soins palliatifs destinés au départ aux personnes souffrant de cancer, elles peuvent dorénavant bénéficier de ces soins de fin de vie.

La deuxième partie de la rétrospective commencée au Printemps 2015 est proposée par Olivette Soucy. Elle couvre les publications présentées dans *La Gérontoise* de 2001 à 2015. Merci encore à chacune et chacun des auteurs, qui ont donné à la revue son dynamisme et sa valeur.

Le J'ai lu présente le livre de mesdames Marie-Claude Hofner et Nataly Viens Python qui traite de violence domestique. *Violences domestiques : prise en charge et prévention* décrit une réalité bien réelle dans tous les pays. Les auteures précisent que les violences familiales ne sont généralement pas dénoncées par les victimes; la peur et les risques de représailles ou de contrôle inhibent toute réaction. Pour les grands-parents, les menaces sont très réelles et sont gardées sous silence par eux. Traiter ces violences domestiques, nous disent les auteures, devient une affaire de santé publique.

Enfin, nous soulignons qu'une gériatre, Dre Cara Tannenbaum, a reçu le Prix Femme de mérite du Y des femmes, catégorie Santé. Elle est bien connue pour ses travaux sur l'incontinence et ses recherches sur la santé des personnes âgées.

Bonne lecture.

L'équipe de rédaction

SBAR: un outil de communication adapté pour les soins de santé

Par Josée-Anne Fredette, Inf. B. Sc.
et Maryse Grégoire, Inf. B. Sc. M.A.(gérontologie)

Introduction

Qu'ont en commun l'aviation et les soins de santé ? L'importance de communiquer efficacement et clairement pour éviter toute ambiguïté et limiter les risques d'erreur. C'est le pari fait en adaptant l'outil anglophone de communication SBAR : Situation-Background-Assessment-Recommandation pour la version française, SAER : Situation-Antécédents-Évaluation-Recommandations, initialement utilisé dans les organisations dites à « haut risque » pour favoriser une communication efficace et cohérente.

Historiquement, cet outil était utilisé dans l'aviation et la marine américaine pour faciliter le transfert d'informations et améliorer la communication entre officiers juniors et seniors (Lenert, Sakaguchi et Weir, 2014). Ce transfert d'information est tout aussi important en santé. Il est en effet reconnu que la communication entre les professionnels de la santé présente des lacunes (Cornell, Townsend-Gervis, Vardaman et Yates, 2014).

Les difficultés dans le transfert d'information en santé sont multifactorielles. Elles sont attribuables, entre autres, à la hiérarchie organisationnelle, aux statuts des individus, au manque d'expérience, à la distraction, au manque de temps, au fait d'être interrompu, à la complexité de l'information, etc. Chaque professionnel a son propre style de communication, ce qui peut devenir problématique lors du partage d'information (Cornell et al. 2014). Les particularités et exigences croissantes du système de santé obligent pourtant à plus d'efficacité.

La rigueur clinique, la continuité des soins, l'approche centrée sur le patient et sur sa sécurité doivent faire partie des priorités des professionnels de la santé. Les erreurs de communication verbale sont une cause importante d'incidents et d'accidents. Certaines études ont démontré que la proportion d'incidents liée à des erreurs de communication avait diminué de 31 % à 11%

à la suite de l'implantation d'un outil tel SBAR (Randmaa, Martesson, Swenne et Engstrom, 2014).

Communiquer pour les soins

Les auteurs du CIUSSS de l'Estrie-CHUS, travaillant à l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke et à l'Hôpital Fleurimont, ont adapté l'outil SBAR en fonction des besoins spécifiques des infirmières en y précisant les éléments de communication attendus lors des échanges entre professionnels. L'objectif est d'aider les infirmières et les autres professionnels à « penser mieux » en leur proposant une structure de pensée calquée sur le SOAPIE (Subjectif, Objectif, Analyse, Planification, Interventions, Évaluation de Potter et Perry (2010). Cet outil est de plus en plus utilisé et enseigné comme méthode d'évaluation utilisée par les infirmières (Lenert et al. 2014).

L'idée est de favoriser une structure de pensée ordonnée chez les infirmières et les autres professionnels de la santé au moment de transmettre l'information concernant un patient. L'utilisation proposée de l'outil SBAR établit un standard de communication et un langage commun. Il permet le transfert d'information de façon brève, précise, réalisée dans une structure prévisible. Il facilite aussi le partage rapide du contexte clinique et clarifie les rôles et les attentes de chacun.

L'outil SBAR a été revu pour aider le professionnel à se rappeler ce qu'il doit dire et dans quel ordre le dire, avec le bon niveau de détail. Il facilite la pensée critique et l'esprit d'analyse. Il permet à l'infirmière de communiquer avec assurance de façon verbale, directement ou par téléphone. La structure de son discours peut varier selon son expérience et son âge. Il est démontré qu'avec l'utilisation de l'outil SBAR, les infirmières, moins expérimentées, communiquent aussi bien que les autres (Cornell et al., 2014).

Les bienfaits d'une communication efficace

Il est important de faciliter la communication entre les professionnels et d'enrayer les effets négatifs ou ambigus d'une communication non efficace. Il faut aussi augmenter la confiance interdisciplinaire lors des échanges. L'utilisation d'un outil de communication tel SBAR contribue à une meilleure dynamique interpersonnelle, car il permet aux deux partis d'être au même niveau lors des communications (Daniel et N.-Wilfong, 2014).

Une meilleure communication générale augmente la satisfaction des clients. L'utilisation de SBAR a un effet positif sur chaque individu, professionnel et patient ainsi que sur l'efficacité de l'organisation. Il est considéré comme bénéfique tant pour la sécurité que pour le climat général de travail (Cornell et al., 2014).

Dans un premier temps, l'outil a été rendu disponible auprès des infirmières du secteur des urgences. Il fut rapidement constaté que les résidents et médecins de ce secteur l'utilisaient également. Il est maintenant disponible à l'ensemble des unités de soins. De plus, cet outil est remis au personnel lors de l'orientation ainsi qu'auprès des enseignants accompagnant les étudiants en stage.

Adaptation de l'outil SBAR

L'adaptation de SBAR est divisée en quatre sections S B A R incluant des données précises à colliger sur le patient. Il est offert en version papier sous forme de calepin de notes disponible sur toutes les unités principalement près des téléphones. Il est démontré que la version papier de SBAR est plus efficace, et amène un meilleur rendement que la version électronique car est plus accessible rapidement (Cornell et al., 2014; Whittingham et Oldroyd, 2014). En plus, il en coûte très peu pour produire ces petites tablettes.

Adaptation de l'outil SBAR

Le « S » (Situation)

- Permet l'identification de l'interlocuteur et du patient
- Cible le problème actuel

Le « B » (« Background » ou antécédents)

- Permet un bref historique : date et raison d'admission
- Cible les informations pertinentes antécédents, allergies, médication, etc.

Le « A » (« Assessment » ou évaluation)

- Décrit la situation actuelle : évaluation physique et mentale
- Inclut les signes vitaux complets du patient : T.A., pouls, rythme respiratoire, saturation O₂, température, glycémie et douleur ainsi que la « tendance » de ceux-ci.

Le « R » (Recommandations)

- Permet à l'infirmière de faire ses suggestions et recommandations
- Permet à la personne rejointe de faire ses recommandations
- Contient l'identification/date et heure de la personne rejointe



Josée-Anne Fredette

Inf. B. Sc.

Josée-Anne Fredette est infirmière clinicienne en développement clinique (intérimaire), pour le Programme-clientèle médecine générale et urgence au Centre intégré universitaire de soins et services de santé de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke-Installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont.

Courriel : jafredette@hotmail.com



Maryse Grégoire

Inf. B. Sc. M.A.(gériatrie)

Maryse Grégoire est conseillère cadre clinicienne à la Direction adjointe des soins infirmiers au Centre intégré universitaire de soins et services de santé de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke-Installations Hôtel-Dieu et Hôpital Fleurimont, et professeure associée à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Courriel : mgregoire.chus@ssss.gouv.qc.ca

RÉFÉRENCES

Beckett, C.D., et Kipnis, G. (2009). Collaborative Communication : Integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality* : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality, 31(5), 19-28.

Bois, C. (2013). L'outil de communication SBAR. Conférence : Pratique infirmière en soins critiques : de l'urgence aux soins intensifs, Université de Sherbrooke, 5 décembre 2013.

Cornell, P., Townsend-Gervis, M., Vardaman, J. et Yates, L. (2014). Improving situation awareness and patient outcomes through interdisciplinary rounding and structured communication. *JONA*, 44 (3), 164-169.


Daniel, L. et N-Wilfong, D. (2014). Empowering inter-professional teams to perform effective handoffs through online hybrid simulation education. *Crit Care Nurs Q*, 37 (2), 225-229.


Lenert, L., Sakaguchi, F. et Weir, C. (2014). Rethinking the discharge summary: A focus on handoff communication. *Academic Medicine*, 89 (3), 393-398.

Potter, P.A., et Perry, A-G. (2010). Soins infirmiers: fondements généraux. Tome 1. Éditions française.


Randmaa, M., Martesson, G., Swenne, C.L. et Engström, M. (2014). ESBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anesthetic clinic : A prospective intervention study. *BMJ*, 4 (1), 1-8.

Whittingham, K. et Oldroyd, L. (2014). Using SBAR-Keeping it real! Demonstrating how improving sage care delivery has been incorporated into a top-up degree programme . *Nurse Education Today*, 34 (6), 47-52.

 Outil de communication interprofessionnel SBAR (SAER¹)	
S <i>Situation</i>	Votre nom et prénom : _____ Unité/service : _____ Nom du patient : _____ Chambre : _____ Âge : _____ Problème actuel : _____ Début des symptômes : _____
B Histoire et antécédents (Background)	Date d'admission : _____ Diagnostic d'admission : _____ ATCD+ Rx+ allergies + Infos pertinentes : _____ _____ _____
A Évaluation Situation actuelle (Assessment)	Évaluation physique et mentale (cognitif, affectif, fonctionnel) : _____ _____ _____ Signes vitaux : T.A : _____ Pls : _____ R.R : _____ SaO ₂ : _____ T ⁰ : _____ Glycémie : _____ Dir : _____ / _____ Tendence (S.V.) : _____
R Recommandations	Vos suggestions/ vos recommandations : _____ _____ _____ Ce qui sera fait : _____ Quand : _____ Par qui : _____ Personne rejointe : _____ Date/heure : _____
<small> Références : Beckwith C., Kipnis G., 2008, Bois C., M.Ps., Ph.D. 2013 Adaptation : Josée-Anne Fredette, B.Sc., ICDC (infirmière), Maryse Grégoire, inf. MA, conseillère cadre clinique, DISC P: Infirmière Clinicienne/Aide-mémoire-outils infSBAR-outil comm interprof 2014-10-14.docx 1 SAER : Version française SBAR. No. répertoire: 1-6-71835 </small>	

 Exemples de questions	
S	Situation <ul style="list-style-type: none"> J'ai besoin de vous parler d'un problème urgent / semi-urgent concernant la sécurité de ... J'ai besoin de vous parler d'un problème concernant la qualité de soins de ... J'ai besoin de vous parler _____ minutes à propos, si ce n'est pas possible immédiatement quel est le moment que nous pourrions fixer?
B	Histoire et antécédents (Background) <ul style="list-style-type: none"> Quelle information générale avez-vous besoin au sujet de ce patient? Êtes-vous au courant de ... ?
A	Évaluation- Situation actuelle (Assessment) <ul style="list-style-type: none"> Je crois que l'enjeu sous-jacent est ... Les changements survenus depuis la dernière évaluation concernent ...
R	Recommandations <ul style="list-style-type: none"> En fonction de cette évaluation, je demande que ... Pour être clair, nous sommes d'accord pour.... Vous avez accepté de ...
Notes : _____ _____ _____ _____ _____ _____	

SBAR (version anglaise) : Situation- Background- Assessment- Recommandation
 SAER (adaptation française) : Situation-Antécédents- Évaluation- Recommandations



Vous travaillez en soins de longue durée et vous vous intéressez aux soins de fin de vie chez les personnes âgées en CHSLD ou en résidence pour personnes âgées en perte d'autonomie? Le centre de recherche InterActions du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal vous invite à participer à un sondage en ligne sur les besoins en nouvelles connaissances et en recherche sur les soins de fin de vie en contexte de soins de longue durée. Répondre au questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes. Il suffit d'aller sur le site web de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie et de cliquer sur l'image ayant pour titre sondage sur les soins de fin de vie en contexte de soins de longue durée. En répondant à ce sondage, vous aurez l'occasion de donner votre opinion sur le sujet et peut-être influencer le développement de la recherche sur un thème qui vous intéresse.

L'antibiothérapie pour le traitement de la pneumonie en contexte de démence avancée

Par Amélie Poulin, inf., B. Sc.
et Diane Tapp, inf., Ph. D.

Monsieur Gilbert, un homme de 89 ans, est atteint de la démence de type Alzheimer depuis 8 ans. Il réside dans un CHSLD depuis trois ans et demeure dans une aile prothétique réservée aux résidents ayant des troubles graves du comportement. Il a besoin d'assistance pour la plupart de ses activités de la vie quotidienne (AVQ), notamment pour ses soins d'hygiène, son élimination, sa mobilité et son alimentation. En plus de sa démence, il est atteint de plusieurs maladies chroniques telles que le diabète et l'emphysème. M. Gilbert a aussi contracté des infections pulmonaires au cours des dernières années. Depuis environ six mois, ces dernières surviennent plus fréquemment. Dans le passé, ses infections ont été traitées par l'entremise d'antibiotiques et d'une aérosolthérapie, en conformité avec le niveau « soins palliatifs actifs » déterminé lors de son admission au centre par ses proches, de concert avec son médecin. Lors des infections précédentes, l'état et les symptômes de M. Gilbert s'amélioraient quelques jours après le début des traitements.

Cependant, depuis trois jours, M. Gilbert demeure au lit et est tachypnéique. L'examen pulmonaire révèle des crépitations aux lobes inférieurs des deux poumons. Il souffre également d'hyperthermie. Ses manifestations comportementales habituelles de la démence sont inhibées. Il réagit très peu à son environnement. De plus, il refuse de s'alimenter et de prendre ses médicaments par la bouche. Un traitement oral d'antibiotiques est tout de même tenté, avec peu de succès, compte tenu de son état.

La conjointe et un des fils de M. Gilbert sont alors informés que l'état de ce dernier continue de se dégrader malgré les tentatives de traitements initiées. Une fois au chevet de leur proche, ceux-ci expriment le souhait qu'il soit transféré à l'hôpital afin qu'il puisse recevoir les soins nécessaires à sa condition, notamment une antibiothérapie par voie veineuse. M. Gilbert est inapte et selon ses proches, il n'a jamais formulé de directives ou de souhaits quant à sa fin de vie.

La démence est une maladie courante chez la clientèle hébergée et engendre des conséquences importantes sur la santé et la qualité de vie de la personne et de ses proches. Tout au long de sa progression, elle est associée à de multiples problèmes, dont un des plus importants est la dysphagie. Ce trouble de la déglutition affecterait 41% de cette clientèle (Voyer, Danjou et Nkogho Mengue, 2013) voire même jusqu'à 75% (Marik et Kaplan, 2003). Selon ces auteurs, la dysphagie est, en fait, une des premières causes de pneumonies et survient chez une personne sur trois parmi cette clientèle. Plus la démence et les troubles qui y sont associés s'intensifient, plus le risque de contracter une pneumonie devient important. Cette infection induit une inflammation du parenchyme pulmonaire, entraînant une production de sécrétions infectées et une accumulation de liquides dans les alvéoles. Les manifestations typiques de la pneumonie comprennent la toux, la fièvre, la dyspnée avec expectorations et des douleurs thoraciques. D'autres manifestations dites atypiques, c'est-à-dire non spécifiques à la pneumonie, peuvent survenir. Par exemple, la personne peut présenter une tachypnée, une modification de son état mental, des changements de comportements et une diminution importante de son autonomie fonctionnelle (Lévesque, Voyer et Nkogho Mengue, 2013).

La pneumonie représente une des principales causes de décès des personnes souffrant de démence. En effet, le taux de mortalité six mois après la contraction d'une pneumonie par celles atteintes d'une démence avancée est de 46,7 % (Mitchell, Teno, Kiely, Shaffer, Jones, Prigerson, Volicer, Givens et Hamel, 2009). C'est en raison de cette forte association que Dr William Osler (1849-1919) donna à la pneumonie le surnom de « meilleure amie du vieillard ». Bien que les mentalités et les sciences de la santé ont beaucoup évolué depuis le 19^e siècle, les questions entourant les traitements des infections chez les personnes atteintes de démence avancée et l'accompagnement des proches demeurent centrales. Par ailleurs, les données scientifiques

demeurent peu concluantes et l'efficacité des guides de prise de décisions n'est pas assurée. Les cliniciens sont aux prises avec de multiples interrogations provenant de leurs expériences cliniques et des préoccupations des proches.

Cet article vise à illustrer ces enjeux et à dégager certaines pistes de réflexion pour soutenir les professionnels, notamment les infirmières, dans l'appréhension de ces situations et lors de leurs discussions avec les proches de la personne atteinte. Le traitement des pneumonies chez celles atteintes de démence, les critères de détermination du plan de traitement et finalement l'accompagnement des proches, seront abordés.

Traitement des pneumonies chez les personnes atteintes de démence

Le traitement classique de la pneumonie est l'antibiothérapie orale ou parentérale. Dans les cas de démence avancée ou sévère, les traitements sous forme orale sont privilégiés, compte tenu des effets néfastes de la thérapie intraveineuse sur le confort de la personne, des symptômes comportementaux dus à la démence, sans parler des désagréments associés à l'hospitalisation. Même sous leur forme orale, les antibiotiques soulèvent des enjeux au sujet de leur efficacité et de leur impact sur l'espérance de vie. En effet, le métabolisme de la personne âgée et particulièrement celle atteinte de démence, est grandement perturbé, entraînant une diminution de l'efficacité thérapeutique des médicaments (Voyer et al., 2013). Parfois, comme dans le cas de M. Gilbert, les troubles de déglutition affectent même la capacité de la personne à ingérer le médicament, diminuant ainsi les chances d'obtenir un effet bénéfique.

Néanmoins, même dans le contexte d'une prise orale adéquate, les écrits scientifiques diffèrent au sujet des impacts sur l'espérance ou la prolongation de la vie associée à l'administration des antibiotiques pour traiter les infections pulmonaires telle la pneumonie. En effet, Fabiszewski, Volicer et Volicer (1990) et Volicer, Rheume, Brown, Fabiszewski et Brady (1986) n'ont pas été en mesure de détecter des différences significatives entre les personnes atteintes de démence avancée et de pneumonie sous antibiothérapie et celles recevant uniquement des soins de confort. Des différences étaient toutefois présentes chez celles atteintes d'une démence moins sévère, dont le taux de survie était considérablement augmenté. Cette variable

permet potentiellement d'expliquer les résultats de l'étude Steen, Ooms, Adèr, Ribbe et Wal (2002) qui indiquent que 90 % des personnes n'ayant pas été traitées par antibiotique sont décédées, alors que seulement 27 % des personnes sous antibiothérapie dans une visée curative, sont décédées dans le premier mois. La clientèle non traitée par l'antibiothérapie avait un profil de démence très avancée, soit un score de zéro au mini-examen de l'état mental. Certains de ces patients étaient déshydratés, ne buvaient pas suffisamment, altérant ainsi considérablement l'efficacité des antibiotiques allant même jusqu'à susciter des effets de toxicité métabolique.

Plus récemment, Rozzini, Sleiman, Ranhoff, Maggi et Trabucchi (2010) ont effectué une étude auprès de 52 personnes âgées atteintes de démence sévère et de pneumonie, hospitalisées et traitées par des antibiotiques. Après trois mois, 26 personnes, soit la moitié de leur échantillon, étaient décédées. Les auteurs ont conclu que les personnes âgées atteintes de démence sévère et traitées par antibiotiques à cause d'une pneumonie avaient un taux de survie de 50% dans les trois mois suivant l'infection, statistique comparable au taux de décès dans les six mois des personnes atteintes de démence avancée et de pneumonie, toutes options thérapeutiques confondues (Mitchell et al., 2009). Par contre, il est difficile de tracer une ligne où l'utilisation des antibiotiques peut être profitable (Enck, 2010). Fabiszewski et al. (1990) suggèrent que les antibiotiques peuvent augmenter le taux de survie chez les personnes âgées atteintes de démence moins sévère, mais qu'ils n'ont probablement plus d'impact sur la survie, une fois celles-ci à un stade trop avancé. Les études de Steen, Ooms, Mehr, Wal et Ribbe (2002) vont dans le même sens en indiquant que le degré de sévérité de la démence est relié à la mortalité après une pneumonie, c'est-à-dire que le risque de décéder est plus important chez les personnes présentant une démence avancée.

Plutôt que de s'intéresser uniquement à la survie de personnes atteintes en nombre de jours, des chercheurs ont, quant à eux, soulevé la possibilité que les antibiotiques puissent prolonger le processus de fin de vie et plus précisément l'agonie (Asselin, Vézina, Mbourou Azizah, Gagnon et Côté, 2009; Givens, Jones, Shaffer, Kiely et Michell, 2010; Nordennen, Lavrijsen, Vissers et Koopmans, 2014; Rozzini et al. 2010; Steen et Volicer, 2011). Cependant, la souffrance engendrée par l'antibiothérapie fait l'objet de plusieurs débats. Plusieurs chercheurs sont d'avis que l'arrêt des traitements d'antibiothérapie en fin de vie peut augmenter le bien-être, diminuer la détresse de même que soulager la douleur et l'inconfort

induits par les effets secondaires des traitements (Asselin et al., 2009; Mitchell et al., 2014; Steen, Ooms, Wal et Ribbe 2002). En ce sens, Steen et al. (2002) ont observé que 88% des personnes démentes qui prenaient des antibiotiques dans un contexte d'infection pulmonaire ressentait plus de douleur et d'inconfort que celles qui n'en prenaient pas. De leur côté, Givens et al. (2010) réfutent ces résultats. Ils soutiennent que l'usage des antimicrobiens n'aurait pas de lien avec le confort de la personne. Rozzini et al. (2010) ajoutent des nuances en évoquant que les personnes qui décèdent dans la première semaine d'hospitalisation suivant le début de l'antibiothérapie ne souffrent pas davantage que celles qui n'ont pas reçu de traitements de ce type.

Gavazzi, Janssens et Krause (2004) soutiennent que les antibiotiques, en agissant sur le processus infectieux, pourraient contribuer à diminuer les sécrétions bronchiques et par conséquent, favoriser le confort de la personne. Cependant, dans le cas des infections pulmonaires, les opioïdes représentent le traitement de choix non seulement pour le soulagement de la douleur, mais également pour la diminution de la dyspnée en fin de vie (Simon, Higginson, Booth, Harding, et Bausewein, 2010; Jennings, Davies et Higgins, 2005). Des anticholinergiques peuvent également être utilisés pour soulager l'embaras bronchique (Coutu-Lamontagne, 2008; Gallagher, 2006) même si des doutes subsistent au plan scientifique quant à leur efficacité, sans compter leurs nombreux effets secondaires (Wee et Hillier, 2008; Widera et Covinsky, 2013; Campbell et Yarandi, 2013). En plus de viser directement les symptômes plutôt que le processus infectieux, ces médicaments sont plus faciles à administrer par voie parentérale à la clientèle en phase terminale, incapable d'ingérer.

Par ailleurs, Asselin et al. (2009) signalent que les antibiotiques devraient être utilisés uniquement lorsque l'infection est jugée réversible. Cette dernière donnée apparaît difficile à déterminer en raison de la nature incertaine des pronostics médicaux et de l'évolution de la condition du malade. Il est en effet difficile pour les médecins d'établir un pronostic clair sur la durée de vie restante du patient atteint sévèrement de démence et d'une pneumonie. En outre, des enjeux viennent complexifier ces réflexions. Plus précisément, les symptômes atypiques comme la faiblesse et l'anorexie, ayant pour effet d'assombrir drastiquement le pronostic de la personne sont possiblement causés par la progression de la démence ou encore par le processus infectieux. Ces symptômes peuvent en effet être attribuables

au processus naturel de la fin de vie qui se caractérise par une défaillance multi-organique et une sédation physiologique graduelle (Rabow et Pantilat, 2015). Néanmoins, quelques chercheurs ont été en mesure de dégager certaines tendances liées aux motifs de prescription des antibiotiques. Les résultats de l'étude de Steen et al. (2002) suggèrent que 77 % des 706 patients en centre d'hébergement atteints de démence et de pneumonie qui participaient à l'étude, recevaient des antibiotiques. De ceux-ci, 69 % les recevaient dans une visée curative alors que les derniers 8% les prenaient dans un but palliatif. Le manque de lignes directrices ou de guides cliniques en lien avec l'utilisation des antibiotiques en fin de vie chez les personnes âgées atteintes de démence avancée est probablement une cause importante des nombreuses prescriptions d'antibiotiques chez cette clientèle (Nordennen et al., 2014; Parsons, McCorry, Murphy, Byrne, O'Sullivan, O'Mahony, Patterson et Hughes, 2014; Rozzini et al., 2010).

En fait, il existe des indicateurs qui permettent de déterminer si la personne se dirige vers la fin de sa vie et qu'une discussion sur les objectifs de soins doit être amorcée. Des séries fréquentes d'infections, une qualité de vie diminuée, des thérapies peu efficaces, une dégradation continue et irréversible de l'état de santé, la comorbidité, l'âge avancé et le pronostic sombre sont des éléments menant à une révision des objectifs de soins et à un questionnement sur la pertinence et le bien-fondé de l'administration d'antibiotiques (Marcoux et Léveillé, 2013; Dixon, 2012). Les infections récurrentes sont d'ailleurs considérées comme étant des marqueurs du dernier stade de la démence et surviennent plus fréquemment en fin de vie, étant donné le système immunitaire plus faible (Enck, 2010; Nordennen et al., 2014).

Récemment, Buul, Veenhuizen, Achterberg, Schellevis, Essink, De Greeff Natsh, Steen et Hertogh (2015) ont également produit des travaux visant à soutenir et à guider l'utilisation des antibiotiques chez les personnes atteintes de démence avancée. Plus précisément, l'équipe de chercheurs a bâti un algorithme afin d'orienter les intentions des médecins quant à la prescription d'antibiotiques dans un contexte de démence et d'infection. Celui-ci ne considère particulièrement pas la fièvre et la toux de même que la présence de comorbidité chez la personne. Il mérite, par conséquent, d'être amélioré puisque les résultats offerts se sont avérés appropriés dans 76 % des cas. De plus, il ne prend pas en considération le nombre d'infections pulmonaires que la personne a contracté au cours des derniers mois ni son état général. Ces deux éléments semblent pourtant

constituer un critère discriminant, comme c'est le cas dans l'encadré présenté en début d'article. Par ailleurs, ces résultats de même que l'ensemble des écrits présentés jusqu'à maintenant mettent en évidence l'importance des réflexions et les décisions à prendre entourant les objectifs de soins et les plans de traitements effectués en collaboration avec les proches et l'équipe interdisciplinaire, en considérant le meilleur intérêt de la personne atteinte.

Critère de détermination du plan de traitement

Afin de s'assurer que les discussions entourant les objectifs de soins avec le médecin se déroulent adéquatement, l'initiation à la discussion devrait d'abord aborder le pronostic et l'évolution de la maladie, le consentement aux soins, les traitements qui ont échoués, la possibilité de l'arrêt versus la poursuite et le consentement aux soins palliatifs (Boire-Lavigne, 2011). La discussion demande un travail interdisciplinaire au cours duquel les proches doivent être informés, guidés et supportés. Ils doivent être accompagnés dans la considération et la détermination de la « proportionnalité » des options, c'est-à-dire le bien-fondé et les bénéfices du traitement en référence à ses inconvénients plus ou moins prévisibles. L'utilisation des antibiotiques en fin de vie chez les personnes âgées atteintes de démence doit être questionnée et analysée, cas par cas. Il convient en fait de déterminer si le but de combattre une infection constitue un objectif raisonnable ou encore un traitement futile (Rozzini et al., 2010).

Malgré le caractère particulier, voire subjectif de cette démarche, un outil a été développé afin de soutenir les médecins et d'objectiver le processus de prise de décision à l'égard du traitement antibiotique destiné aux personnes atteintes de démence avancée (Steen et al., 2000). Cet outil d'aide à la prise de décision est constitué d'une liste de vérifications incluant les considérations des acteurs impliqués dans la vie de la personne. Sachant que la plupart des personnes âgées atteintes de démence avancée ne peuvent plus communiquer leurs volontés, les proches participent au processus de décision afin de « reconstituer » les volontés de la personne. Les membres du personnel infirmier sont également invités à partager leurs réflexions et observations. L'outil, devant être partagé avec les personnes atteintes et leurs proches, inclut également des considérations éthiques et des informations cliniques similaires à celles évoquées précédemment. Enfin, dans le cas où les souhaits

de la personne atteinte soient inconnus, le médecin et les proches se prononcent sur ce qu'ils considèrent être dans le meilleur intérêt de cette dernière. Dans une étude de validation, l'outil s'est avéré utile à 85% pour la cohorte de personnes ciblées (Steen, Ooms, Ribbe et Wal, 2001).

L'accompagnement des proches

Ces études comme d'autres mettent néanmoins l'emphase sur l'importance de préparer les proches avant que les crises ou les situations médicales urgentes ne surviennent (Widera et Covinsky, 2013; Arcand, 2015). Fosse, Schaufel, Ruth et Malterud (2014) soulignent l'incertitude des proches face au choix du niveau de soins en fin de vie. Ainsi, lorsque ces discussions sont effectuées dans le « feu de l'action », ces mêmes auteurs évoquent la présence possible de détresse. En effet, les réflexions entourant la détermination et la révision des objectifs de soins constituent un processus graduel et complexe qui interpelle plusieurs dimensions de la relation des proches envers la personne atteinte, notamment la nature de la relation, leurs émotions et leur rapport face à la fin de vie éventuelle de cette dernière. Plus concrètement, Boire-Lavigne (2011) indique que les proches cheminent de manière itérative dans trois types de « travaux ». En effet, ils doivent admettre que l'être aimé est en train de mourir malgré la gamme d'émotions qui peut être vécue. Le travail va jusqu'à accepter que des soins de fin de vie soient prodigués à l'être cher. Ainsi, pour faciliter ce cheminement, les intervenants peuvent leur offrir de participer activement aux soins, d'établir une relation de confiance, d'explorer les besoins spirituels, etc. L'utilisation de questions ouvertes afin d'entamer les discussions et d'explorer les perspectives des proches est primordiale. En ce sens, les infirmières peuvent les aider à envisager les différents scénarios avant que ceux-ci ne se présentent et à réfléchir globalement aux objectifs généraux de soins qu'ils souhaitent voir poursuivre. À ce sujet, Mitchell et al. (2009) soulignent que les proches comprenant le pronostic et l'évolution prévue de la maladie sont généralement moins enclins à accepter des interventions compliquées durant les trois derniers mois de vie.

Conclusion

L'usage de l'antibiothérapie en fin de vie chez la population âgée atteinte de démence sévère et de pneumonie demeure un sujet d'actualité dans le monde médical et infirmier. En ce sens, malgré les nombreux travaux produits dans ce domaine, plusieurs éléments tels que les effets de

l'antibiothérapie sur la survie, la qualité de vie et la souffrance demeurent méconnus et source de débats. Une grande incertitude réside dans le fait qu'il est difficile de circonscrire la ou les causes de la détérioration rapide de l'état d'une personne présentant une démence sévère et atteinte d'une pneumonie. Par conséquent, il n'existe que très peu de lignes directrices issues de données probantes visant à soutenir les professionnels dans leurs discussions avec les proches de celle-ci et la détermination du plan d'interventions. À cet égard, il a également été évoqué que l'administration palliative d'antibiotiques, c'est-à-dire dans l'unique but de soulager les symptômes liés à l'infection et à promouvoir le confort, ne fait pas l'objet de consensus clinique et scientifique, puisque d'autres médicaments tels que les opioïdes et les anticholinergiques présenteraient des résultats plus efficaces à ces niveaux. En ce sens, l'abstention ou la cessation du traitement antibiotique représente une option tout à fait valable sur le plan éthique et légal, lorsque notamment les inconvénients globaux de celui-ci surpassent ses bienfaits réels ou potentiels (Olsen, Swetz et Mueller, 2010; Dixon, 2012).

Cependant, la présence de nombreux symptômes confondants, c'est-à-dire pouvant à la fois être associés à la maladie et au processus physiologique

du mourir, viennent nourrir l'incertitude des soignants et des proches dans la situation. Cet enjeu vient en effet brouiller les frontières entre bienfaisance et acharnement thérapeutique. L'abandon médical viendrait ajouter une charge émotive aux proches et aux intervenants. En effet, Lévesque et al. (2013) de même que Rozzini et al (2010) mentionnent que réfléchir à l'utilisation des antibiotiques en contexte de démence nécessite également de s'attarder aux représentations sociales auxquelles font face les personnes âgées. Selon ces chercheurs, des cliniciens pourraient être tentés de traiter les personnes pour éviter que ne se généralise ou se systématisent l'abstention de traitements chez cette clientèle dans le but de précipiter une mort jugée en quelque sorte « évitable ». Des conséquences pourraient survenir au niveau du climat et du moral des équipes de travail. Dans un tel contexte, les efforts de traitements ou de stabilisation des personnes atteintes de démence seraient constamment découragés, sous prétexte qu'ils sont inutiles ou ultimement futiles. En ce sens, le consensus obtenu à la suite des discussions entre les proches et l'équipe interdisciplinaire peut pallier à l'absence de certitudes cliniques et contribuer à un climat de cohésion et de solidarité, assurant du coup une plus grande qualité des soins et services offerts à cette clientèle.



Amélie Poulin

Inf. B. Sc.

Amélie Poulin est leader clinique au Centre d'hébergement de Beauceville, Centre intégré de santé et de services sociaux Chaudière-Appalaches - secteur Beauce. Elle est également étudiante à la Maîtrise en sciences infirmières, Université Laval.



Diane Tapp

inf. Ph. D.

Diane Tapp est professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Ses intérêts de recherche concernent l'intégration des soins palliatifs aux soins courants de même que les pratiques cliniques en fin de vie.

Références

- Arcand, M. (2015). Enjeux de fin de vie dans les cas de démence avancée. *Canadian Family Physician*, 61, e178-e182.
- Asselin, P., Vézina, I., Mbourou Azizah, G., Gagnon, J. et Côté, F. (2009). Acharnement thérapeutique en fin de vie : prévention et prise en charge. Bureau de transfert et d'échanges de connaissances, Université Laval. Récupéré de http://www.btec.fsi.ulaval.ca/fileadmin/btec.fsi/pdf/rapports_BTEC/Acharnement.pdf
- Boire-Lavigne, A. M. (2011). Désaccord sur les soins de fin de vie: sortir de l'impasse. Le médecin du Québec, 46(4), 37-42. Récupéré de : <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2010%20-%202019/2011/MQ-04-2011/037-042DreBoire-Lavigne0411.pdf>
- Buul, L.W. van, Veenhuizen, R.B., Achterberg, W.P., Schellevis, F.G., Essink, R.T.G.M., Greeff, S.C. de, Natsch, S., Steen, J.T. van der, et Hertogh, C.M.P.M. (2015). Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes: how appropriate is it? *JAMDA: Journal of the American Medical Directors Association*; 2015, 16 (3), 229-237
- Campbell, M., et Yarandi, H. (2013). Death Rattle Is Not Associated with Patient Respiratory Distress: Is Pharmacologic Treatment Indicated? *Journal of Palliative Medicine*, 16 (10), 1255-1259.
- Coutu-Lamontagne, I. (2008). Les symptômes respiratoires. Dans Regroupement de pharmaciens en établissement de santé ayant un intérêt pour les soins palliatifs (Ed.), *Guide pratique des soins palliatifs: gestion de la douleur et autres symptômes* (4 ed., pp. 221-240). Montréal: Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec.
- Dixon, R. E. (2012). Palliative Care for People with Advanced Dementia. In C. Faull, S. de Caestecker, A. Nicholson, & F. Black (Eds.), *Handbook of Palliative Care* (3e éd.). Toronto: John Wiley & Sons.
- Enck, R. (2010). Antibiotic use in end-of-life care: A soft line?. *American Journal of hospice & palliative medicine*, 27 (4), 237-238.
- Fabiszewski, K. J., Volicer, B. et Volicer, L. (1990). Effect of antibiotic treatment on outcome of fevers in institutionalized Alzheimer patients. *Journal of the American medical Association*, 263 (23), 3168-3172.
- Fosse, A., Schaufel, M. A., Ruths, S., et Malterud, K. (2014). End-of-life expectations and experiences among nursing home patients and their relatives—A synthesis of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 97(1), 3-9.
- Gallagher, R. (2006). Respiratory. In G. M. Downing et W. Wainwright (Éds.), *Medical Care of the Dying* (pp. 363-393). Victoria: Victoria Hospice Society.
- Gavazzi, G., Janssens, J.-P., & Krause, K.-H. (2004). Pneumonies chez les patients âgés en fin de vie. *Médecine & Hygiène*, 19, 149-153.
- Givens, J. L., Jones, R. N., Shaffer, M. L., Kiely, D. K. et Mitchell, S. L. (2010). Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. *Archives of international medicine*, 170 (13), 1102-1107.
- Jennings AL, Davies AN, Higgins JPT, Anzures-Cabrera J, et Broadley KE. (2012). Opioids for the palliation of breathlessness in advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CDOO2066.
- Lévesque, É., Voyer, P., et Nkogho Mengue, P.-G. (2013). Les infections. Dans P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd., pp. 643-679). Montréal: Pearson/ERPI.
- Marcoux, H., et Léveillé, G. (2013). Les soins de fin de vie. Dans P. Voyer (Ed.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2e éd., pp. 643-679). Montréal: Pearson/ERPI.
- Marik, P. E. et Kaplan, D. (2003). Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest*, 124 (1), 328-336.
- Mitchell, S. L., Teno, J. M., Kiely, D. K., Shaffer, M. L. Jones, R. N., Prigerson, H. G. Volicer, L., Givens, J. et Hamel, M. B. (2009). The clinic course of advanced dementia. *The New England Journal of Medicine*, 361 (16), 1529-1538.
- Nordennen, R., Lavrijsen, J., Vissers, K. et Koopmans, R. (2014). Decision making about change of medication for comorbid disease at the end of life: An integrative review. *Drugs & Aging*, 31 (7), 501-512.
- Olsen, M. L., Swetz, K. M., et Mueller, P. S. (2010). Ethical Decision Making With End-of-Life Care: Palliative Sedation and Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatments. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (10), 949-954.
- Parsons, C., Mc Corry, N., Murphy, K., Byrne, S., O'sullivan, D., O'Mahony, D., Parrerson, S. et Hughes, C. (2014). Assessment of factors that influence physician decision making regarding medication use in patients with dementia at end of life. *International journal of geriatric psychiatry*, 29 (3), 281-290.
- Rabow, M. W., et Pantilat, S. Z. (2015). Palliative Care & Pain Management. In M. A. Papadakis, S. J. McPhee, & M. W. Rabow (Eds.), *Current Medical Diagnosis & Treatment 2015*. New York, NY: McGraw-Hill Education.
- Rozzini, R., Sleiman, I., Ranhoff, A., Maggi, S. et Trabucchi, M. (2010). Decision making in elderly patients with severe dementia and pneumonia. *International journal of geriatric psychiatry*, 25 (3), 325-326.
- Simon ST, Higginson IJ, Booth S, Harding R, et Bausewein C. (2010). Benzodiazepines for the relief of breathlessness in advanced malignant and non-malignant diseases in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CDOO7354.
- Steen, J. T. van der, Muller, M. T., Ooms, M. E., Wal, G. van der et Ribbe, M. W. (2000). Decisions to treat or not to treat pneumonia in demented psychogeriatric nursing home patients: development of a guideline. *Journal of medical ethics*, 26 (2), 114-120.

Steen, J. T. van der, Ooms, M. E., Mehr, D. R., Wal, G. van der et Ribbe, M. W. (2002). Severe dementia and adverse outcomes of nursing home-acquired pneumonia: evidence for mediation by functional and pathophysiological decline. *Journal American Geriatric Society*, 50 (3), 439-448.

Steen, J. T. van der, Ooms, M. E., Adèr, H. J., Ribbe, M. W. et Wal, G. van der (2002). Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia : a quantitative observational study. *Archives of international medicine*, 162 (15), 1753-1760.

Steen, J. T. van der, Ooms, M. E., Ribbe, M. W. et Wal, G. van der (2001). Decisions to treat or not to treat pneumonia in demented psychogeriatric nursing home patients: evaluation of a guideline. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 15 (3), 119-128.

Steen, J. T. van der, Ooms, M. E., Wal, G. van der et Ribbe, M. W. (2002). Pneumonia: the demented patient's best friend ? Discomfort after starting or withholding antibiotic treatment. *Journal American Geriatric Society*, 50 (10), 1681-1688.

Steen, J. T. van der et Volicer, L. (2011). Decision-making in patients with severe dementia and pneumonia: cross-national perspectives. *International journal of geriatric psychiatry*, 26 (2), 216-217.

Volicer, L., Rheaume, Y., Brown, J., Fabiszewski, K. et Brady, R. (1986). Hospice approach to the treatment of patients with advanced dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American medical Association*, 256 (16), 2210-2213.

Voyer P., Danjou, C. et Nkogho Mengue, P. G. (2013). Les démences. Dans P. Voyer (2e éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 51-82). St-Laurent: ERPI

Wee B, et Hillier R. (2008) Interventions for noisy breathing in patients near to death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CDO05177.

Widera, E., et Covinsky, K. E. (2013). What are Appropriate Palliative Interventions for Patients With Advanced Dementia? In N. E. Goldstein (Ed.), *Evidence-based practice of palliative medicine* (pp. 295-299). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Formation continue

- Approche pédagogique dans un contexte réel de pratique professionnelle
- Formations de courte durée (1 à 2 journées)
- Participants provenant de disciplines variées
- Formateurs praticiens dans leur domaine
- Formations offertes à Sherbrooke, Longueuil, Montréal, Saint-Jérôme, Québec et ailleurs

 UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE | Voir au futur

Programmation 2015-2016

- Approches et stratégies d'intervention pour optimiser l'autonomie des personnes ayant des déficits cognitifs
- Approches à court terme et outils d'intervention brève
- Balises juridiques encadrant l'intervention clinique en établissement
- Consentement aux soins : enjeux cliniques en contexte de nouveaux droits
- Soutenir l'intervention en contexte de dangerosité - balises juridiques
- Tenue de dossiers et rédaction des notes évolutives
- Vie d'ado et santé mentale
- Vieillesse normale : impacts, stratégies d'adaptation et prévention

Détails et inscription

USherbrooke.ca/CUFC/geronto
819 821-7571 • 1 866 234-9355 (sans frais)

Les soins de fin de vie selon la Loi 2 : rôle et responsabilités de l'infirmière auprès des personnes âgées

Louise Francoeur, M. Sc. inf., DESS bioéthique.

Une grande attention est portée aux soins offerts aux personnes en fin de vie. Les nouveaux Centres intégrés de soins et de services sociaux (CISSS) devront, le 10 décembre 2015, mettre en application la Loi 2 concernant les soins de fin de vie. Même s'il se fait déjà de belles choses pour améliorer le contexte de fin de vie, particulièrement dans les maisons de soins palliatifs et dans les unités de soins en centres hospitaliers, il reste encore beaucoup à faire et la législation devrait permettre ces changements.

Les personnes âgées, bénéficieront de l'amélioration des soins de fin de vie. Jusqu'à présent, c'était surtout pour les personnes atteintes de cancer que les soins palliatifs avaient été développés. Ce problème de santé ne représente qu'une des causes de décès des personnes âgées à l'hôpital, à domicile et en hébergement, en dehors des soins palliatifs. « Pour des personnes malades et près de la mort, les soins palliatifs semblent réservés à la toute dernière extrémité, lorsque la douleur ne peut être gérée autrement » (Doucet, 2015 p. 3).

Il est facile de comprendre le rôle essentiel que devront jouer les infirmières, et particulièrement celles qui travaillent auprès des personnes âgées. Elles devront veiller à l'organisation optimale des soins de fin de vie afin d'assurer une mort paisible et dans la dignité à toute personne, où qu'elle soit dans le réseau.

Cet article présente la Loi 2 avec ses particularités : la sédation palliative continue (SPC), l'aide médicale à mourir (AMM) et les directives médicales anticipées (DMA). Pour chacune de ces activités, le rôle et les responsabilités de l'infirmière travaillant auprès de la clientèle, et plus particulièrement auprès des aînés, sont énoncés. Une discussion suit sur certains enjeux actuels auxquels les infirmières seront confrontées et les dérives possibles à éviter.

Présentation générale de la Loi 2

La prémisses de la Loi 2 concernant les soins de fin de vie est d'assurer à tous les citoyens du Québec, où qu'ils soient, le droit de mourir dans la dignité et dans le respect de leurs droits. Tous les établissements (CISSS, CIUSSS, CHU, Institut) devront modifier leur code d'éthique pour y inclure le droit des personnes en fin de vie (Loi 2, article 10). Ceci implique, entre autres, que « toute personne dont l'état le requiert a le droit à des soins de fin de vie » (Loi 2, art. 4). Cette notion de justice devra s'appliquer sur tout le territoire du Québec, que la personne soit à domicile ou en établissement, comprenant les hôpitaux, les CHSLD et les maisons de soins palliatifs. Une continuité essentielle entre les services est attendue pour assurer qu'une personne, lorsque son état le requiert, reçoive au bon moment et au bon endroit des soins de fin de vie, correspondants à ses volontés et à son état.

Ces soins sont définis comme étant « ... des soins palliatifs offerts aux personnes en fin de vie, de même que l'aide médicale à mourir ». Les soins palliatifs sont définis comme étant «... les soins actifs et globaux dispensés par une équipe interdisciplinaire aux personnes atteintes d'une maladie avec pronostic réservé, dans le but de soulager leurs souffrances, sans hâter ni retarder la mort, de les aider à conserver la meilleure qualité de vie possible et d'offrir à ces personnes et à leurs proches le soutien nécessaire » (Loi 2, art. 3). On comprend que cette Loi prévoit aussi des soins pour les proches vivant toute la période de fin de vie et le deuil.

La Loi 2 confie des responsabilités spécifiques aux établissements afin d'élaborer une politique relative aux soins de fin de vie, un programme clinique de soins de fin de vie et diverses modalités dont l'exigence d'offrir à ces personnes « ...pour la période précédant de quelques jours le décès, une chambre qu'elle est seule à occuper » (Loi 2, art. 12).

Rôle et responsabilités de l'infirmière relatifs à l'implantation de la Loi 2 sur les soins de fin de vie

On comprend aisément dans ce contexte légal que l'infirmière, quel que soit son lieu de travail, devra bien connaître la Loi 2, les modalités d'application dans son établissement et développer ses compétences en matière de soins palliatifs et de fin de vie. Sur le plan pratique, des formations sur webinaire seront offertes par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dès cet automne, sur la Loi 2 en général, sur les directives médicales anticipées, de même que sur la sédation palliative et sur l'aide médicale à mourir. Ces formations constituent un minimum de connaissances exigibles en tant que professionnels de la santé quant à l'application de cette Loi.

L'infirmière devra connaître les modalités d'application dans son établissement, en général, et dans son service, en particulier. Elle devra prendre connaissance du programme clinique sur les soins de fin de vie qui sera accessible aux professionnels de la santé dans chaque établissement, avant décembre prochain. Au besoin, selon la mission de son service, elle pourra s'y référer. Elle y trouvera les outils cliniques et les protocoles pour toutes les situations de fin de vie, y compris la sédation palliative continue et l'aide médicale à mourir.

Il est de la responsabilité de l'infirmière travaillant auprès des personnes âgées, qui pourraient se retrouver en fin de vie, de connaître les bonnes pratiques au sujet de ces soins et de les appliquer selon les modalités précisées dans le programme clinique de son établissement.

Le repérage précoce de la fin de vie est un des éléments du programme clinique. Indépendamment de la façon dont il sera opérationnalisé, l'infirmière aura un grand rôle à jouer, puisque c'est elle, qui le plus souvent, observe les premiers signes de fin de vie et pourra mieux accompagner la personne et ses proches. Celle œuvrant auprès des personnes âgées en fin de vie, tout comme sa consœur en soins palliatifs, devrait pouvoir évaluer et apporter les soins actifs et globaux requis par la personne en phase terminale et ce, quelle que soit la cause de la fin de vie et l'atteinte des facultés cognitives durant la fin de vie. (Marcoux et Léveillé, 2013).

Toujours dans la perspective de donner des soins actifs et globaux, ceux-ci doivent être assurés par une équipe interdisciplinaire. L'infirmière travaillant en milieu gériatrique fait équipe régulièrement avec les autres professionnels. Outre le médecin, l'infirmière, à l'approche de la fin de vie d'une personne, devra communiquer avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire afin de répondre aux besoins d'ordre physique, psychologique, social et spirituel de celle-ci, et à ceux de ses proches. Pour ces derniers, l'équipe devra les accompagner à l'approche de la fin de vie, mais aussi lors du décès et même après. Le plus souvent, l'infirmière sera l'intervenante pivot.

La sédation palliative continue

La sédation palliative est définie comme «...l'utilisation de médicaments sédatifs pour soulager des symptômes réfractaires en abaissant le niveau de conscience» (Collège des médecins du Québec, 2015). Il ne faut toutefois pas la confondre avec la sédation induite par les effets secondaires des analgésiques opiacés et autres médicaments, nécessaires au soulagement de la douleur ou des autres symptômes de fin de vie. L'utilisation de la sédation palliative, particulièrement dans le contexte des soins palliatifs, n'est pas nouvelle. Malgré les progrès réalisés sur l'efficacité des traitements analgésiques et sur la qualité des soins palliatifs, il existe encore des situations pour lesquelles la souffrance physique ou psychologique des personnes en fin de vie n'est pas soulagée. La sédation palliative devient alors la seule option pour les soulager et leur permettre une mort paisible.

Toutefois, ce soin est peu connu et exige un meilleur encadrement (Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012). En effet, si certains établissements ont émis des lignes directrices précises, d'autres n'ont pas donné d'indications claires, laissant à elles-mêmes des équipes possédant souvent peu d'expérience. Ceci conduit parfois à l'échec de la sédation, ou tout simplement à ne pas offrir cette option aux personnes en fin de vie, laissant celles-ci souffrantes à l'approche de la mort.

Cependant, pour envisager la sédation palliative, il faut premièrement s'assurer du «...caractère réfractaire et intolérable des symptômes et sur l'impossibilité de parvenir à un soulagement approprié dans un délai acceptable à l'aide des modalités thérapeutiques standards » (Collège des médecins du Québec, 2015). Les principales indications qui peuvent conduire à la sédation palliative sont énumérées dans le tableau suivant.

Principales indications du recours à la sédation palliative en toute fin de vie

- Délirium hyperactif avec agitation psychomotrice et incontrôlable
- Détresse respiratoire majeure et récidivante
- Dyspnée progressive incontrôlable
- Convulsion réfractaire
- Douleur intraitable intolérable
- Sécrétion bronchique très abondante et réfractaire
- Détresse hémorragique
- Nausée et vomissement incoercible
- Détresse psychologique ou existentielle réfractaire qui compromet gravement l'atteinte du confort

Tiré de (Société québécoise des médecins de soins palliatifs, 2014), p. 14

La sédation palliative peut être faite de façon intermittente ou continue. Elle est définie par la Loi 2 comme étant « ...un soin offert dans le cadre des soins palliatifs consistants en l'administration de médicaments ou de substances à une personne en fin de vie dans le but de soulager ses souffrances en la rendant inconsciente, de façon continue, jusqu'à son décès » (Gouvernement du Québec, 2014).

Le Collège des médecins, dans son guide d'exercice de 2015, considère que le caractère terminal de la condition médicale de la personne constitue la deuxième condition essentielle pour recourir à la sédation palliative. Il met en évidence l'importance d'établir le pronostic vital, afin de pouvoir recommander que « ...la sédation d'emblée continue devrait être réservée aux patients souffrant de symptômes réfractaires dont le pronostic vital est de l'ordre de deux semaines ou moins. Chez ceux dont le pronostic est incertain ou évalué à plus de deux semaines, on devrait amorcer une sédation qui s'avèrera intermittente ou continue selon l'évolution » (Collège des médecins du Québec, 2015 p. 15).

La sédation palliative intermittente ou continue s'adresse aux personnes qui répondent aux conditions présentées et qui sont aptes à consentir, ou qui profitent du consentement substitué par les proches, selon les exigences du Code civil. Un formulaire à cette fin devra être signé par la personne ou par son représentant légal. De plus, l'établissement devra déclarer le nombre de personnes qui auront reçu la sédation palliative continue.

Le Collège des médecins est clair sur la responsabilité médicale de la décision de procéder à une sédation palliative. Il spécifie que c'est le médecin qui prescrit et amorce la sédation,

en collaboration avec l'infirmière, et donc, que la présence médicale est nécessaire pour la commencer (Collège des médecins du Québec, 2015). La surveillance étroite de la personne par la suite est aussi essentielle pour assurer l'efficacité et la sécurité du traitement.

Rôle et responsabilités de l'infirmière concernant la sédation palliative continue

En plus de connaître les paramètres légaux de ce soin de fin de vie, l'infirmière devra développer ses compétences concernant les protocoles de sédation palliative, car si le médecin doit être présent lors de l'initiation de la sédation, le suivi, par la suite appartient à l'infirmière.

Avant l'introduction de ce soin, et en complémentarité avec le médecin, l'infirmière a un rôle à jouer quant à l'information à la personne, et à ses proches, dans le cas de consentement substitué. Elle doit parler de la condition de la personne en lien avec ce traitement, de la nature et du but de celui-ci, de ses avantages et de ses risques, afin que la personne, ou son proche puisse prendre une décision éclairée. L'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation est souvent questionné, lorsqu'on initie la sédation palliative. Il faut savoir que dans un contexte de fin de vie, la déshydratation qui s'amorce naturellement, semble procurer un effet anesthésiant. Au contraire, même si la revue systématique des écrits semble démontrer des inconvénients, l'expérience clinique tend à démontrer que l'hydratation crée de l'inconfort due à l'accroissement de l'œdème, des épanchements, de l'ascite, et à l'accroissement des sécrétions salivaires, bronchiques et digestives. Ces problèmes augmentent alors la douleur, les

râles terminaux, les nausées et les vomissements. Il est à remarquer que «... la sédation palliative implique rarement l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation, car celles-ci sont le plus souvent déjà spontanément interrompues par le patient » (Collège des médecins du Québec, 2015 p.26).

L'infirmière a un grand rôle à jouer dans l'évaluation et le traitement des symptômes réfractaires, de même que dans l'évaluation et le suivi des symptômes d'un pronostic vital. Le travail en interdisciplinarité avec le médecin permet un meilleur suivi. La surveillance initiale est aux 15 minutes et peut aller jusqu'à 8 heures après la constatation du soulagement de la personne. (Collège des médecins du Québec, 2015).

La médication utilisée pour une sédation palliative vise à plonger la personne souffrante dans un sommeil pour la rendre confortable. Les agents pharmacologiques les plus souvent utilisés sont les benzodiazépines, les anticholinergiques, les neuroleptiques (antipsychotiques), les barbituriques et le propofol (anesthésique). La nature des symptômes réfractaires et la réponse clinique déterminent le choix de la médication. L'administration est généralement sous-cutanée,

mais la voie intraveineuse est envisagée lorsque la première est inefficace (Collège des médecins du Québec, 2015).

Ces agents sédatifs n'ayant pas d'effets analgésiques, il est essentiel de poursuivre l'évaluation de la douleur et le traitement analgésique. L'infirmière doit être formée pour connaître la médication utilisée, assurer la surveillance de la personne, reconnaître les effets secondaires, évaluer la douleur, le confort, et assurer les soins de confort.

Naturellement, elle devra poursuivre ces soins de confort tout au long de la sédation: mobilisation et rotation de la personne, prévention, surveillance et traitement proportionné des plaies et des infections, soins de la bouche et des yeux, surveillance de la vidange vésicale et du transit intestinal, etc..

À ce titre, il faut souligner que la façon de donner les soins de confort, la délicatesse des intervenants et le respect de la personne vont contribuer à préserver la dignité jusqu'à la fin. Cette attitude à la fois attentionnée et respectueuse dans les soins à la personne mourante, l'infirmière doit aussi la



581 996-3774

www.mireformation.ca

FORMATIONS AUTOMNE 2015

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

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

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

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



transmettre à toute son équipe de soins. Mieux informés et soutenus, les soignants pourront verbaliser leurs inconforts et leurs inquiétudes et, ainsi, mieux contribuer aux soins (Collège des médecins du Québec, 2015).

Enfin, l'infirmière doit soutenir les proches tout au long de ce soin. En plus de l'information avant l'amorce de la sédation, elle devra être attentive au cours du traitement aux besoins des proches et adapter son soutien. Souvent démunis face à la personne aimée qui ne répond plus, ils apprécient participer à ses soins et désirent être informés de l'état de la personne mourante. Ce soutien et un environnement favorisant l'intimité pourront faciliter le deuil à venir (Collège des médecins du Québec, 2015).

L'aide médicale à mourir

L'aide médicale à mourir (AMM) est une nouveauté au Québec. Elle fera partie des soins de fin de vie à partir du 10 décembre 2015. Ce soin, que certains considèrent comme de l'euthanasie, est ressorti comme une des recommandations de la Commission mourir dans la dignité. En effet, la grande majorité de la population est en accord avec ce soin (Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité, 2012). Toutefois, cette partie de la Loi 2 est aussi la plus contestée, tant par sa nature que par ses retombées.

Cet acte médical est très balisé par la Loi 2, et profitera d'un encadrement pour les médecins, mais aussi de soutien pour ceux-ci de même que pour les autres professionnels concernés. En effet, le MSSS exige la création d'un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour tout ce qui touche à l'AMM. Il offre un soutien clinique administratif et éthique de proximité. De plus, il pourra guider vers des références psychosociales les personnes qui font la demande d'aide médicale à mourir, leurs proches et les équipes de soins. En plus d'un médecin, d'un pharmacien et d'un travailleur social, le MSSS recommande la présence d'une infirmière au sein de ce groupe. Les conditions d'admissibilité pour l'AMM sont très précises. L'article 26 de la Loi 2 sur les soins de fin de vie les énumère. Voir tableau.

Outre les questions éthiques, un des enjeux cliniques relatifs à ces conditions est la notion de fin de vie. Alors que pour la sédation palliative, le Collège des médecins oriente ses membres quant à la durée du pronostic vital durant lequel ce soin pourrait avoir lieu, il ne le précise pas pour l'AMM. En effet, le guide d'exercice du Collège des médecins, de l'Ordre des pharmaciens du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2015) ne détermine pas de temps précis, sachant que la fin de vie peut s'étendre sur une plus longue période. Toutefois, ces organismes professionnels engagent les médecins à l'extrême prudence lorsque le pronostic vital n'est pas à brève échéance. Dans ces situations

26. Seule une personne qui satisfait à toutes les conditions suivantes peut obtenir l'aide médicale à mourir :

- 1° elle est une personne assurée au sens de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29);
- 2° elle est majeure et apte à consentir aux soins;
- 3° elle est en fin de vie;
- 4° elle est atteinte d'une maladie grave et incurable;
- 5° sa situation médicale se caractérise par un déclin avancé et irréversible de ses capacités;
- 6° elle éprouve des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'elle juge tolérables.

La personne doit, de manière libre et éclairée, formuler pour elle-même la demande d'aide médicale à mourir au moyen du formulaire prescrit par le ministre. Ce formulaire doit être daté et signé par cette personne.

Le formulaire est signé en présence d'un professionnel de la santé ou des services sociaux qui le contresigne et qui, s'il n'est pas le médecin traitant de la personne, le remet à celui-ci

Issu de la Loi 2, art. 26

exceptionnelles, ils leur recommandent de s'assurer que la personne est entourée d'une équipe interdisciplinaire lui offrant tous les soins palliatifs requis par son état et surtout, que tous les autres critères sont respectés et la demande de l'AMM réitérée.

Le deuxième enjeu clinique est celui qui concerne l'aptitude. En effet, il s'agit ici de l'aptitude à consentir aux soins, ce qui veut dire que la personne est en mesure de comprendre ces soins, y compris l'AMM, les conséquences et les options possibles. Dans les faits, certaines personnes majeures, qui sont sur un régime de protection, qui souffrent de troubles psychiatriques, y compris la dépression, pourraient être aptes à consentir et à bénéficier de l'AMM. On comprendra dans ces situations, l'extrême prudence dont devrait faire preuve le médecin, par exemple, s'assurer d'une évaluation de l'aptitude par un spécialiste. (Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).

Dans le cas de l'AMM, tout comme dans celui de la SPC, la condition essentielle pour recevoir ces soins de fin de vie repose sur « ...les souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que la personne juge tolérables » (Loi 2, art. 26). Cette condition peut sembler difficile à évaluer. Cependant, étant donné que pour l'AMM, la personne est apte tout au long de la démarche, elle seule peut témoigner du caractère insupportable de ses souffrances. Cependant, le caractère réfractaire de la douleur est souvent lié à son envahissement, voire à la douleur existentielle, qui demande une approche spécifique et multidimensionnelle (Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2015).

L'AMM débute par la demande explicite de la personne à un professionnel de la santé, ou est dirigée vers ceux-ci. L'infirmière est une des professionnelles de la santé, avec le médecin, le pharmacien, l'ergothérapeute, la physiothérapeute, le psychologue et le travailleur social qui peut recevoir cette demande. Elle doit informer la personne des conditions nécessaires à l'AMM, les alternatives et les conséquences de celle-ci, le cheminement de sa demande et répondre à ses questions. Si la personne maintient sa demande, elle devra signer le formulaire de demande d'aide médicale à mourir, prévu à cette fin et le dater. Le professionnel par la suite contresignera ledit formulaire et le transmettra dans des délais raisonnables au médecin traitant.

Ce dernier devra rencontrer la personne, évaluer les conditions d'éligibilité et s'assurer du consentement libre et éclairé de celle-ci. Si cette dernière est admissible, elle sera vue par un deuxième médecin qui évaluera à nouveau, de façon indépendante, les critères d'éligibilité à l'AMM. Si celui-ci considère également que la personne est admissible, le médecin traitant pourra organiser ce traitement. C'est lui qui s'assure de la disponibilité des médicaments nécessaires et obtiendra les trousseaux comprenant ces médicaments et le matériel, en deux exemplaires pour faire face à tout incident. Encore une fois, avant l'administration de l'AMM, le médecin vérifiera si la personne le désire toujours. Naturellement, cette dernière peut, en tout temps, retirer sa demande.

De plus, une attention particulière devra être portée aux personnes qui ont fait une demande, mais qui ne répondent pas aux critères d'admissibilité, de même qu'à leurs proches.

Le MSSS fournira un document *Cheminement clinico-administratif d'une demande d'aide médicale à mourir*, qui décrit précisément toutes les étapes du cheminement et les responsabilités de l'établissement, le rôle du médecin, celui des professionnels de la santé et des autres instances. Il explique également le déroulement de la prestation de l'AMM, la déclaration aux instances concernées et, les rôles et tâches des instances chargées de s'assurer de la qualité.

La Loi 2 a prévu pour ce soin spécifique que le médecin et tous les autres professionnels qui seront concernés par l'AMM à toutes les étapes peuvent refuser d'y participer. Toutefois, il est aussi prévu dans cette Loi, que lorsqu'un professionnel fait valoir une objection de conscience, il doit en aviser les autorités rapidement, afin de ne pas créer de délais indus à la personne qui a fait une demande d'AMM.

Rôle et responsabilités de l'infirmière concernant l'aide médicale à mourir

Tel qu'il a déjà été mentionné, l'infirmière a un rôle important d'information et de soutien lors d'une demande. Elle devra distinguer une demande formelle d'une demande d'aide face à des souffrances physiques et psychologiques, voire existentielles. Elle devra, dans tous les cas documenter, évaluer et assurer un suivi auprès du médecin et des professionnels concernés. Tout au long, l'infirmière devra avec discrétion et en

respectant la confidentialité poursuivre les soins requis à la personne et la soutenir en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire.

Une attention doit être particulièrement apportée sur ce point, car seule la personne peut décider si elle veut partager cette information avec ses proches et si elle accepte que ceux-ci soient présents au moment de l'acte médical. Il faut savoir que, même si les formulaires de demande d'aide médicale à mourir et celui du médecin qui évaluera et pratiquera l'AMM, de même que celui du deuxième médecin qui validera les critères d'admissibilité seront dans le dossier du patient, c'est le diagnostic de la maladie ayant mené à la fin de vie qui apparaîtra sur le certificat de décès. Cette mesure garantit ainsi à la personne la confidentialité à propos de ce soin, même après sa mort.

Lors de l'évaluation de l'admissibilité de la personne, l'infirmière, par ses évaluations et observations, pourra guider le médecin sur l'évaluation et le suivi continu de la douleur. Elle devra vérifier la capacité à consentir et à surveiller les symptômes permettant de reconnaître l'évolution de la maladie et de déterminer le pronostic vital.

Lors de la prestation de l'acte médical, l'infirmière prêtera son assistance au médecin pour installer la voie veineuse nécessaire à la médication. Si la personne le désire, elle l'assistera et la soutiendra jusqu'à son décès. Si les proches sont impliqués, elle veillera à les soutenir avant, pendant et après l'épisode de soin. Il en sera de même avec son équipe soignante.

Toutefois, à tout moment pendant le cheminement de la demande, et même après, l'infirmière pourra consulter le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) sur l'AMM concernant le déroulement, les documents de références, les personnes ou organismes qui peuvent l'aider, la soutenir de même que pour son équipe, ou encore pour la personne qui a fait la demande et même ses proches. Il est de son devoir d'être bien informée pour jouer pleinement son rôle. Cependant, comme ces situations seront exceptionnelles, il peut arriver que l'infirmière ne se souvienne plus de tous les détails. Le GIS est une ressource prévue à cette fin. Par ailleurs, le cheminement clinico-administratif d'une demande d'AMM fournie par le MSSS, devrait aider les professionnels. Enfin, le programme clinique de soins de fin de vie comprendra les protocoles sur l'AMM.

En cas d'objection de conscience, l'infirmière comme les autres professionnels de la santé peut se désister après avoir informé ses supérieurs (Loi 2, art. 50). Cependant, elle doit continuer à fournir les soins que requiert la personne et ne doit pas tenter de lui faire changer d'avis ou de la culpabiliser par l'expression de ses convictions personnelles.

En cas d'objection de conscience, si une personne lui fait la demande d'aide médicale à mourir, elle doit l'informer de façon impartiale. Si elle s'en sent incapable, elle devra le dire et s'assurer qu'une autre infirmière ou un autre professionnel autorisé puisse répondre à celle-ci.

Les directives médicales anticipées

Les directives médicales anticipées sont un nouveau régime prévu par la Loi 2 concernant les soins de fin de vie et entreront en vigueur en même temps que celle-ci. Il s'agit des volontés écrites sur un formulaire prévu à cette fin qui permet à une personne majeure, apte à décider à l'avance de soins et de traitements précis, qu'elle les accepte ou les refuse en fin de vie, advenant qu'elle devienne inapte. Ces directives auront prévalence sur les décisions d'un mandataire en situation de fin de vie pour les traitements spécifiés dans les directives. Ces dernières peuvent cependant être changées n'importe quand par la personne toujours apte, en remplissant un nouveau formulaire. Les soins visés par ces directives de fin de vie sont la réanimation cardio-respiratoire, la ventilation assistée par un respirateur ou par tout autre support technique, la dialyse rénale, l'alimentation et l'hydratation forcée ou artificielle. Ces directives guideront les décisions quant à ces soins et traitements dans un contexte de fin de vie (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

La personne peut consulter un notaire, qui écrira ses volontés sur un acte notarié et l'acheminera à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour dépôt dans un registre national. Elle peut écrire elle-même ses directives sur le formulaire prescrit par le ministre. Dans ce cas, il devra être signé par deux témoins. Elle devra également l'envoyer à la RAMQ, si elle désire qu'il soit enregistré. Ce registre centralisé permettra aux professionnels de la santé, lorsque l'état d'une personne se détériorera, qu'elle deviendra inapte et qu'elle arrivera en fin de vie, de vérifier ses volontés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Un document de soutien pour les professionnels de la santé sera disponible à l'automne 2015. Il permettra de connaître davantage les exigences légales, les situations cliniques visées et procurera des réponses concernant certaines situations plus ambiguës (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Rôle et responsabilités de l'infirmière concernant les directives médicales anticipées

Avant d'appliquer à une personne inapte un soin visé par les DMA, le médecin doit consulter le registre et le déposer dans le dossier médical du patient, le cas échéant. L'infirmière ou le médecin devra également vérifier auprès des proches si la personne avait rédigé des directives antérieurement, sans que celles-ci soient enregistrées.

De façon générale, l'infirmière peut informer les personnes aptes des bienfaits, des risques et des conséquences des soins ciblés par les DMA. Elle doit vérifier la compréhension de la personne, la compléter au besoin ou la référer à un autre professionnel qui pourrait répondre de façon plus précise au besoin. Elle déposera le document dans son dossier médical après avoir vérifié l'aptitude de celle-ci et s'être assurée que ces directives correspondent bien à ses volontés.

Les enjeux pour l'infirmière relativement à l'application de la Loi 2 concernant les soins de fin de vie

Les premiers enjeux de la Loi 2 sont certainement de nature éthique. Tout d'abord, plusieurs questions peuvent être soulevées au sujet du nouveau soin prévu par la Loi sur l'Aide médicale à mourir. De nombreux éthiciens et juristes ont discuté des différentes valeurs et principes impliqués. Plusieurs encore considèrent que ce geste se résume à de l'euthanasie, ou à un suicide assisté. Toutefois, le législateur de la Loi 2, le situe comme un soin, à la demande d'une personne apte, relevant du Code civil du Québec, s'appliquant uniquement en fin de vie et à des conditions précises, dont l'évaluation et la prestation sont exclusivement médicales. En dehors des questions qui peuvent paraître sémantiques, l'infirmière doit faire sa propre réflexion sur ses valeurs et prévoir qu'elle sera sa position, si elle est confrontée à cette situation. L'objection de conscience étant légalement inscrite dans la Loi

2, l'infirmière pourra si elle s'objecte, se retirer de la participation à l'AMM. Toutefois, elle est tenue de poursuivre les soins à la personne qui a fait la demande d'AMM, en la respectant, de même que ses collègues qui participeront à la démarche.

Mais au-delà de l'AMM, beaucoup de situations en fin de vie, y compris la sédation palliative, soulèvent des dilemmes éthiques. L'infirmière, comme les collègues de soins, peut voir ses valeurs confrontées avec celles des autres membres de l'équipe, avec la personne mourante ou avec ses proches. Souvent, ces situations font vivre beaucoup d'émotions, rendant le climat difficile. Si elles se répètent, elles peuvent également conduire à de la détresse morale (Saint-Arnaud, 2009). L'infirmière doit être alerte face à des situations potentiellement conflictuelles, identifier le dilemme et le partager avec l'équipe interdisciplinaire pour tenter de le régler. Elle devrait pouvoir également avoir accès à des ressources qui soutiendront l'équipe dans une démarche éthique, et accompagneront les personnes concernées. Elle devrait avoir aussi le souci du vécu des membres de son équipe soignante, dont les préposés aux bénéficiaires (PAB).

Un autre enjeu que rencontreront les infirmières travaillant auprès des personnes âgées à l'approche de la fin de vie est rattaché à l'exigence d'un dépistage précoce de celle-ci. En effet, si la Loi 2 décrit les soins de fin de vie, elle ne précise pas la période de fin de vie, laissant aux cliniciens le soin d'évaluer cette étape cruciale. En effet, cette période peut être différente selon la maladie dont est atteinte la personne, mais également selon l'ensemble de son état de santé, tant physique, que psychologique, voire spirituelle.

Si l'on s'attarde à l'aspect plus physique, relié à la maladie, on peut se référer aux différentes trajectoires de vie en fonction des diagnostics (Institut National de Santé Publique du Québec, 2006). La fin de vie chez les personnes atteintes de cancer est généralement plus facilement objectivable, car elles perdent rapidement leur autonomie fonctionnelle, sur quelques mois, après avoir conservé celle-ci pendant quelques années. Dans le cas de maladies où un organe est touché, on remarque une baisse fonctionnelle, très graduelle, ponctuée par des épisodes aigus d'exacerbation. La personne frôle parfois la mort, mais récupère, jusqu'à la dernière crise qui l'emportera. Ces situations sont moins prévisibles et le pronostic est plus difficile. La troisième trajectoire de vie rencontrée est celle des personnes souffrant de maladie neurodégénérative et de démence. Dans ce cas, la perte fonctionnelle est graduelle avec

parfois quelques soubresauts. La durée de la maladie s'étend sur plusieurs années et la phase terminale peut durer plusieurs mois, même plus d'une année. Dans ces conditions, la fin de vie est encore plus difficile à cerner.

En France, la fin de vie est vue « ...comme un processus plus ou moins long, ponctué de ruptures, au cours duquel les individus tentent, plus ou moins aisément, de faire face à la mort » (Observatoire National de la Fin de Vie, 2011 p. 14). La notion de fin de vie, quoique souvent utilisée dans les écrits et dans le langage courant, n'est souvent pas définie, laissant à chacun son interprétation. Certains lui confient une période très restrictive des derniers jours ou heures, ou encore se réfèrent au concept de l'agonie ou de mort imminente. À l'opposé, d'autres abordent la fin de vie dès le début des soins palliatifs, ou la situe au moment de l'arrêt des soins curatifs. Enfin, plusieurs offrent des indicateurs de pronostics de fin de vie de six mois ou de douze mois (Center for Improving Value in Health Care, 2012)

En fait, la question est-elle de confirmer médicalement la fin de la vie ou d'avoir suffisamment de repères pour apporter des soins de fin de vie appropriés à la personne et à ses proches tout au long de cette étape cruciale, de la transition à ce dernier stade à celle des derniers moments de la vie?

Dans ce cas, l'infirmière ne doit pas se limiter à identifier l'étape ultime de la fin de vie, mais doit repérer également les personnes qui arrivent au dernier stade de la maladie et se dirigent vers la fin de vie, afin de leur donner la meilleure qualité de vie tout au long de cette étape. Ceci touche particulièrement les infirmières travaillant en soins de longue durée. Quels sont les soins de fin de vie optimaux pour cette clientèle? Est-ce que l'équipe répond à ces besoins? D'ailleurs, plusieurs s'appuient aujourd'hui sur ce principe d'identifier plus rapidement, en soins de longue durée, la transition vers la fin de vie, afin d'offrir des soins plus appropriés avant les derniers moments où généralement tous s'accordent sur une position plus agressive du soulagement de la douleur et des autres symptômes (Center for Improving Value in Health Care, 2012; Levy, Morris et Kramer, 2008; Verschuur, Groot et Sande, 2014). À ces enjeux, correspond souvent un défi pour les infirmières.

Les défis pour les infirmières en gériatrie

Un premier défi est relié à la méconnaissance des symptômes des personnes âgées en fin de vie dans les soins de longue durée (Hanson et al., 2008). En effet, d'après une étude française récente, la douleur est peu évaluée. Ainsi, même dans la dernière semaine de vie, 20% des personnes mourantes n'avait eu aucun analgésique (Degois et al, 2015). Cette difficulté semble plus marquée pour les personnes souffrant de démence (Hanson et al., 2008). Il faut préciser que les outils standardisés généralement utilisés pour évaluer la douleur chez cette clientèle (PASILAC, DOLOPLUS, ECPA) visent davantage la douleur chronique et ne sont pas toujours adaptés à la douleur de la toute fin de vie. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que des recherches s'imposent pour améliorer les soins à cette clientèle (Lussier, Bruneau et Villalpando, 2011).

Au sujet de la difficulté à cerner la fin de la vie, semble s'associer la peine que beaucoup d'infirmières éprouvent à parler de la mort, ou à aborder les soins palliatifs avec les personnes mourantes et leurs proches. Cette situation est rapportée par les infirmières qui travaillent en soins de longue durée (SLD), mais particulièrement lorsque le pronostic est incertain (Cable-Williams, Wilson et Keating, 2014), ce qui est souvent le cas dans ce milieu. Ces auteurs soulignent, de plus, que certaines craignent les réactions des proches ou croient qu'ils ne veulent pas en parler, alors que certains affirment le contraire. Les infirmières qui ont abordé de façon proactive les questions de fin de vie y ont vu des avantages. Elles affirment qu'il est alors plus facile de créer une relation de confiance, d'évaluer les problèmes vécus, les besoins de fin de vie et les préférences. Elles reconnaissent les retombées positives auprès de la personne en fin de vie, mais également pour ses proches (Verschuur, Groot et Sande, 2014). Cependant, ces mêmes infirmières avouent qu'il est difficile d'aborder une première fois la question des soins palliatifs.

En fait, il est possible de croire que les infirmières reflètent notre société actuelle, dans laquelle le sujet de la mort est tabou. Dans ce cas, il est important qu'elles en prennent conscience et se donnent des moyens pour remédier à cette situation. La communication sur le sujet de la fin de vie et de la mort avec la personne et ses proches est essentielle pour les accompagner lors de cette étape. C'est une des compétences que les infirmières auront à développer davantage (Francoeur, Legault, Pineault et Brien, 2013;

Legault, Brien, Francoeur, Lebel et Pineault, 2011).

D'ailleurs, une des intentions de la Loi 2 est de sensibiliser les intervenants à la réalité de la mort et de préciser qu'ils « ...doivent établir et maintenir avec elle (la personne en fin de vie) une communication ouverte et honnête » (Loi 2, art. 2). L'implantation de la Loi concernant les soins de fin de vie devrait les inciter à en parler davantage. L'infirmière pourra discuter des directives médicales anticipées. Elle pourra réaliser pleinement son rôle en prenant la place qui lui revient face à cette Loi.

La communication et la coopération avec les médecins sont essentielles pour la qualité des soins en fin de vie. Il est remarqué que lorsque les infirmières utilisent des outils cliniques validés, telles des échelles d'évaluation de la douleur ou du delirium, la communication et la coopération sont meilleures (Verschuur, Groot et Sande, 2014). Ces outils font partie de l'évaluation, ils ne remplacent pas le jugement clinique, mais ils permettent une évaluation plus rigoureuse et une meilleure communication interprofessionnelle.

Une réserve reste importante, car les actions, même les mieux intentionnées, pourraient s'orienter vers une tendance à considérer toutes les personnes âgées comme étant en fin de vie. L'âgisme serait alors à l'origine de cette dérive possible. Il ne suffit pas de penser qu'une personne est âgée pour envisager sa mort. La trajectoire de vie est très différente d'un individu à l'autre et particulièrement au grand âge. Les personnes n'ont pas toutes le même bagage génétique, les mêmes habitudes de vie, le même profil de santé, la même personnalité et le même environnement physique et social. Beaucoup de facteurs peuvent influencer la fin de vie.

Conclusion

La nouvelle Loi 2 concernant les soins de fin de vie entrera en vigueur en décembre 2015. Les infirmières devront la connaître et savoir comment l'appliquer dans leur milieu. Celles qui soignent des personnes âgées devront être davantage alertes à la trajectoire de vie de ces personnes et repérer rapidement celles qui se dirigent vers la fin de vie. Elles devront aborder le sujet avec aisance, tout en respectant le rythme et les volontés de la personne et de ses proches.

Ce contexte légal permettra de faire profiter les personnes âgées de soins palliatifs tel que l'entend cette Loi, particulièrement en soins de longue durée et au soutien à domicile. Ce sera aussi une occasion pour développer des approches de soins de fin de vie mieux adaptées pour certaines clientèles, telles les personnes souffrant de démence avancée.

Toutefois, au-delà de la connaissance de cette Loi, des protocoles et des approches adaptées à la fin de vie des personnes âgées, l'infirmière doit prendre un temps de réflexion, s'interroger sur ses valeurs et ses croyances. Dans quelles mesures celles-ci pourraient-elles influencer les volontés d'une personne en fin de vie? Qu'elles sont ses convictions face à l'aide médicale à mourir? A-t-elle des préoccupations d'ordre moral qui l'empêchent de participer à ce soin? A-t-elle des préjugés face aux personnes âgées? Ces réflexions permettront d'anticiper positivement ou négativement des situations, de cheminer et de mieux intervenir lorsqu'elles se présenteront. Enfin, cette Loi est aussi une opportunité pour assurer des soins de fin de vie de qualité pour les personnes âgées, particulièrement les plus vulnérables et pour développer des soins et des approches afin d'améliorer la qualité du mourir chez ces personnes et faciliter le deuil de leurs proches.

Remerciements

Des remerciements vont à madame Marie-Marthe Gagnon, responsable de la bibliothèque de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, pour son soutien dans la réalisation de la bibliographie de cet article.



Louise Francoeur

M. Sc. inf., DESS bioéthique.

Louise Francoeur est conseillère-cadre en soins infirmiers depuis 28 ans à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, du CIUSSS du Centre-Sud-de-L'Île-de-Montréal. Elle est également professeure de formation pratique adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle fait partie d'une équipe qui a élaboré et mis en place depuis 2007 une formation sur la fin de vie en contexte de CHSLD, qui a donné lieu à une formation de formateurs sur ce sujet. Depuis 2009, plusieurs intervenants de divers milieux au Québec ont profité de cette formation.

RÉFÉRENCE

Cable-Williams, B. E., Wilson, D. M. et Keating, N. (2014). Advance directives in the context of uncertain prognosis for residents of nursing homes. *Open Journal of Nursing*, 4(4), 321-329. doi: 10.4236/ojn.2014.44037

Center for Improving Value in Health Care (CIVHC). (2012). *Palliative care Best Practices. A guide for long-term care and hospice*. CIVHC.

Collège des médecins du Québec. (2015). *La sédation palliative en fin de vie*. Guide d'exercice.

Collège des médecins du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Aide médicale à mourir*. Guide d'exercice.

Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité (2012). *Mourir dans la dignité*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSMD/mandats/Mandat-12989/index.html>

Degois, M., Grilhot, A., Boyraci, E., Saillard, V., Jandard, A. C., Prévalet-Courlet, L., Aubry, R. (2015). Les pratiques des soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Santé Publique*, 27, 199-204.

Doucet, H. (2015). *La mort médicale est-ce humain?* (Médiaspaul éd.). Paris: Médiaspaul.

Francoeur, L., Legault, A., Pineault, P. et Brien, L.-A. (2013, 5-7 mai, 2013). *Soutenir le développement des soins palliatifs en soins de longue durée*, Montréal.

Gouvernement du Québec (2006) Portrait de santé du Québec et de ses régions. Institut national de santé Publique du Québec.

Gouvernement du Québec (2014). *Loi concernant les soins de fin de vie*. Gouvernement du Québec. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2014C2F.PDF>

Hanson, L. C., Eckert, J. K., Dobbs, D., Williams, C. S., Caprio, A. J., Sloane, P. D. et Zimmerman, S. (2008). Symptom experience of dying long-term care residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 91-98. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01388.x

Legault, A., Brien, L.-A., Francoeur, L., Lebel, S. et Pineault, P. (2011, 30-31 mai, 2011). *La formation de formateurs, une stratégie pour augmenter le niveau de compétences des professionnels qui offrent des soins de fin de vie en soins de longue durée*, Trois-Rivières.

Levy, C., Morris, M. et Kramer, A. (2008). Improving end-of-life outcomes in nursing homes by targeting residents at high-risk of mortality for palliative care: Program description and evaluation. *J Palliat Med*, 11(2), 217-225. doi: 10.1089/jpm.2007.0147

Lussier, D., Bruneau, M. A. et Villalpando, J. M. (2011). Management of end-stage dementia. *Prim Care*, 38(2), 247-264, viii. doi: 10.1016/j.pop.2011.03.006

Marcoux, H. et Léveillé, G. (2013). Les soins de fin de vie. Dans ERPI (dir.), *Soins infirmiers aux aînées en perte d'autonomie* (2^{ee} éd., p. 643-653). Montréal: Pearson.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). *Document de soutien pour les professionnels de la santé : Directives médicales anticipées*. Document inédit. [Document réservé].

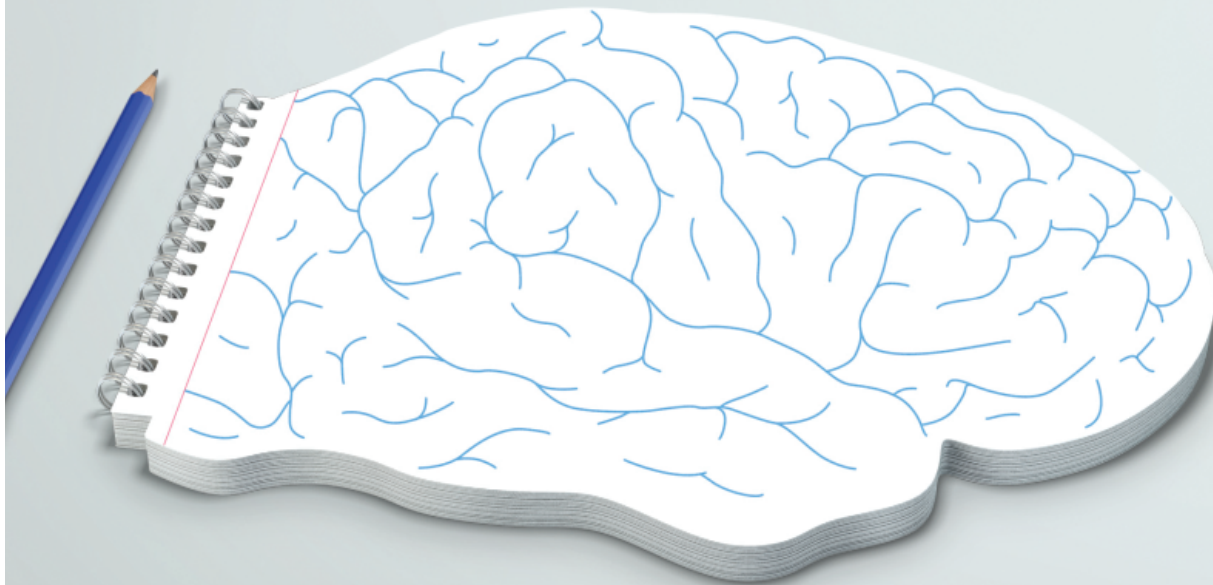
Observatoire National de la Fin de Vie. (2011). *Fin de vie : Un premier état des lieux*. Rapport.

Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé : guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal: Gaetan Morin.

Société québécoise des médecins de soins palliatifs. (2014). Recommandations québécoises pour la pratique de la sédation palliative: Principes et pratique en médecine adulte.

Verschuur, E. M. L., Groot, M. M. et Sande, R. van der (2014). Nurses' perceptions of proactive palliative care: A dutch focus group study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 241-245. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.241>

MIEUX INTERVENIR ÇA S'APPREND



Renseignez-vous sur les nombreuses formations offertes pour les professionnels travaillant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Formation professionnelle

**FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE
DES
Sociétés Alzheimer**

1 888 MEMOIRE
ALZHEIMERQUEBEC.CA



La Gérotoise, 25 ans déjà! (2e partie)

Soucy, Olivette, inf. M. Sc.

Un premier article traitant des publications s'échelonnant de 1990 à 2000 a déjà été présenté dans le numéro précédent *L'importance des proches aidants et de l'enseignement*, Vol.26, 1. Printemps 2015. Toutes ces années de publication ont été très fructueuses. Grâce au talent des membres, nombreux à faire état de leurs recherches ou de leurs expériences de travail, la revue a pu devenir un outil de communication très recherché.

La transmission du savoir est le premier mandat de *La Gérotoise*. Offrir des articles d'intérêt en géroto-gériatrie permet de documenter les infirmières et les infirmiers travaillant en soins gériatriques sur les nouvelles données dans le domaine.

Cette deuxième partie de la rétrospective couvre les publications réalisées entre 2000 et 2015.

2000

Vol.11, 2. Sous l'angle de l'Éthique

Lambert, Marielle. Les acariens attaquent ! /6

St-Amour, Line & Sasseville, Francine. Le concept des CHSLD demeure un choix acceptable : le problème fondamental en regard des soins de longue durée en est un de valeur et non d'argent /7-8

Fortin, Francine. La prise de décision en éthique clinique /9-14

Desjardins, Ghislaine & Lavallée Côté, Louise. Quand manger devient un problème /15-22.

Langlois, Ghislaine. La contention physique : des normes d'utilisation /23-28

Anonyme. Déclaration conjointe sur la prévention et le règlement de conflits entre les prestataires de soins de santé et les personnes recevant des soins /29-33

Lefebvre, Michel. Les « bio-droits » et l'éthique : bibliographie annotée /34-35

Voyer, Philippe. Une nouvelle façon d'aborder le problème de la consommation de médicaments chez les personnes âgées /37-46

2001

Vol. 12, 1. Incontournables : l'approche systémique et l'interdisciplinarité

Voyer, Philippe. L'interdisciplinarité : un défi à relever pour les infirmières /9-16

Talbot, Lise R. Le suivi systématique familial : une solution en collaboration/ 17-26

Lincourt Éthier, Francine & Quirouette, Cécile. Quand l'agressivité nous fait perdre nos moyens ... et comment les retrouver /27-37

Durocher, Nicole & Rochette, Nathalie. Le salon de thé/39-47

2002

Vol.13, 1. Soigner les aînés : un défi à multiples facettes

Le Sommer-Père, Myriam. Relation soigné-soignant : quels modèles de référence ? /5-12

Ducharme, Francine. La Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille : un programme visant à soutenir les familles par le développement d'approches de soins novatrices /13-30

Bouvier, Lorraine. Le SIPA, premier bilan d'expérimentation /31-32

Berteau, Lucie. La résistance aux soins /33-34

Lefebvre, Michel. Diagnostics infirmiers et interventions de soins infirmiers : quelques ouvrages /35-36

Berteau, Lucie. Des nouvelles de notre amie Marie la « Baluchonneuse »/ 37

Vol.13, 2. Écouter, partager, apprendre et agir

Bilodeau, J, D'Anjou C. & Voyer, P. Pour une meilleure compréhension du syndrome crépusculaire chez l'aîné /7-33

Marquis, Serge. Petit éloge de l'ordinaire ou plaidoyer pour redonner la parole à nos gestes/17-25

Tremblay, Lucie. Le centre gériatrique Maimonides honoré pour son programme de réduction de contentions/28

Berteau, Lucie. Partager nos connaissances pour l'amélioration continue de notre pratique/29-33

2003

Vol. 14, 1. Prendre soin

Bélangier Marc. La démence : l'autre versant de la montagne /5-14

Ducharme, Francine, Gendron, Marie, Legault Alain, Soucy, Olivette, Ward, Julie, Trudeau Denise, Lachance Lise & Préville, Michel. Prendre soin de moi : un programme d'intervention destiné aux aidantes d'un proche âgé hébergé souffrant de troubles cognitifs /15-20

Nguyen, Thanh Liem. Profil de l'infirmière et de l'infirmier en soins de longue durée/23-36

Vol.14 2. Une fierté toute gériatrique

Marquis, Serge. Travail, reconnaissance et dignité humaine /5-20

Thomas, Daniel. L'émergence de la violence dans un contexte d'épuisement des proches-soignants /21-26

Wilkinson, Joyce. L'implantation de SICHELD au CHSLD Paul-Lizotte /27-29

Vaillancourt, Michel, Roy, Odette & DelVecchio, Rosa. Promotion de la santé nutritionnelle : de la pensée au geste /30-39

2004

Vol.15, 1. Les soins au parent âgé : amour, apprentissage et collaboration

Paquet, Marion, Richard, Caroline & Bals Myriam. L'hébergement par alternance ; bilan d'une expérience de répit dans la région de Lanaudière /5-20

Caron, Chantal. Fin de vie et démence : soutenir les aidants familiaux lorsque des décisions surviennent /21-33

Bergeron, Josée, Bisson, Roselyne, Camiré, France, Gilbert, Suzanne & Leroux, Francine. L'administration des médicaments : une collaboration interprofessionnelle /35-38

Vol.15, 2. La géronto-gériatrie... avec la tête et le cœur

Paquet, Mario, Richard, Caroline, Bals, Myriam & Falardeau, Marlène. L'hébergement par alternance : une analyse comparative de deux programmes québécois/5-13

Ouellet, Nicole. Promouvoir de saines habitudes chez les personnes âgées présentant des problèmes de sommeil et de consommation de somnifères /14-22

Melançon, Geoffroy. Prise en charge des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence/23-26

2005

Vol. 16, 1. « Être » avec la personne âgée et sa famille

Paquet, Mario, Richard, Caroline, Falardeau, Marlène & Bals, Myriam. Pour une réelle prévention de l'épuisement des personnes-soutien/5-14

Soucy, Olivette. Des gens remarquables : Thérèse Darce et la gérontologie au Québec /15-19

Champagne, Jocelyne & Michaud, Cécile. Évaluation qualitative d'un programme de prévention des chutes en milieu hospitalier de courte durée /21-24

Tremblay, Nicole & Rousseau, Monique. Le soin à la fin de la trajectoire de vie : réflexions sur la « belle mort » /25-29

Perna, Sylvana. Le Clostridium difficile /30-32

O'Reilly, Louise. Au cœur du caring : regard théorique sur la signification d'« Être avec » la personne soignée /33-40

Duchesne, Line. Pour un milieu de vie de qualité : de la pensée au geste /40-41

Farley Nathalie. Les premières étapes dans l'adaptation transculturelle d'une échelle de « fardeau » /42-50

Vol.16, 2 Soigner autrement... en dehors des institutions

Ducharme, Francine. Le transfert des connaissances et la pratique infirmière fondée sur des résultats probants... Sine qua non de la qualité des soins auprès des personnes âgées. (Texte amputé de deux tableaux, et reproduit intégralement dans le Vol. 17) /4-12

Soucy, Olivette. Marie Gendron et le Baluchon Alzheimer /13-17

Dubreuil, Bruno. Les soins aux personnes âgées dans le Grand-Nord /18-20

Garon, Gaston. Les soins sur la Basse-Côte-Nord/21-23

Gosselin, Chantal & Turgeon, Denis. La Maison au Campanile : une autre façon de vivre avec la maladie d'Alzheimer /24-26

Tardif, Pierre. Le propos des gestionnaires de résidences privées : au cœur des réflexions actuelles sur le système de santé /27-31

Yelle, Isabelle. Intervention auprès des aidants familiaux de personnes âgées : qu'en pensent les infirmières des services de soutien à domicile ? /32-35

Équipe de rédaction. L'éthique en milieu de travail... l'affaire de tous /35-36

2006

Vol 17, 1. Milieux de vie en évolution

Viens, Chantal, Lavoie-Tremblay, Mélanie & Labbé, Lucie. Vers une démarche optimale de soins et de travail en soins de longue durée : place à la créativité, l'innovation et la mobilisation /4-9

Soucy, Olivette. Des gens remarquables : Louise Lévesque : une pionnière en sciences infirmières dans les soins en gérontologie /4-14

Yelle, Isabelle. J'ai lu (1998) Le milieu de vie, avant tout une affaire de cœur, CHSLD, Cœur-du-Québec /15

Bigaouette Michel. Le défi d'un hébergement de qualité /16-17

Généreux, Suzanne. Le plan de communication, un outil orthophonique pour les intervenants en soins de longue durée : comment le lire et l'interpréter /29-32

Mérette, Marguerite, Milieu de vie : une question de fidélité /33-34

Labelle, Josée. Pavillon des Bâisseurs : un milieu de vie sur mesure pour les personnes atteintes de troubles cognitifs /35-37

Fex, Gloria. Un nouvel outil clinique fait une apparition : le journal de chevet /38-40

Ducharme, Francine. Le transfert des connaissances et la pratique infirmière fondée sur des résultats probants...Sine qua non de la qualité des soins auprès des personnes âgées (Texte intégral)/41-49

2007

Vol 18, 1. Les approches alternatives : un complément aux soins

Équipe de rédaction. Hommage à Lisette Allaire /5

Vinit, Florence. Des nez rouges en résidence : l'intervention des clowns-docteurs en CHSLD /6-11

Yelle, Isabelle. Les clowns-docteurs : l'expérience vécue au centre d'hébergement Paul Lizotte /11-12

Bernatchez, Annie. La zoothérapie au service de la qualité de vie en CHSLD /11-17

Bruno, Anne-Maria. L'assistance animalière en soins de longue durée : illustration des bienfaits de la présence d'un chien /18

L'Espérance, Micheline. La musique comme outil d'intervention /19-20

Soucy, Olivette. Les poupées et les animaux en tissu : des objets de compagnie pour les personnes présentant des problèmes cognitifs /21-24

Forget, Francine. L'art-thérapie à domicile : un outil thérapeutique /25-32

Barsetti, Sophie. La collaboration intergénérationnelle : occasion de croissance dans la petite enfance comme dans le grand âge. L'expérience du

Centre d'hébergement Champlain des Montagnes /33-38

Soucy, Olivette. J'ai lu : Voyer, Philippe Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie : une approche adaptée au CHSLD (2006)/39-40

Bisson, Denise. Réflexion sur la qualité de vie des personnes âgées /41-42

Vol.18, 2. La gestion de la douleur de la personne âgée

Savoie, Maryse, L. Perception de la douleur chronique de soignants œuvrant auprès d'anciens combattants /5-8

Salette, Francoise. Évaluation de la douleur chez la clientèle âgée non communicante et atteinte de déficits cognitifs sévères, dans les milieux de longue durée/9-13

Allard, Monique. La douleur négligée de la personne âgée hébergée /14-16

Gilbert, Suzanne. Le traitement pharmacologique de la douleur chronique en CHSLD /17-25

Lepage, Mélanie. La personne âgée et la souffrance /26-28

Dupras, Andrée. Face à la sexualité des aînés vivant en CHSLD : se taire ou en parler ? /29-34

Leroux, Julie. J'ai lu Paquette, Danièle & Sauvé, Johanne (2007) Modèle conceptuel et démarche clinique ; outils de soutien aux prises de décision. Beauchemin Chenelière Éducation

Roy, Odette. Les pratiques exemplaires dans les soins aux personnes âgées : carrefour entre savoir scientifique et pratique clinique /36

Gagnon, Robin. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement /37

2008

Vol.19, 1. Soigner un proche à domicile

Labrecque, Danielle. Le retour à domicile après une hospitalisation, la joie d'être ensemble pour les couples âgés /5-12

Brousseau, Yvonne. La fatigue chez les proches aidants d'un parent souffrant de troubles cognitifs : un phénomène peu connu /13-17

Allard, Lucie. La gestion des risques chez les aînés /18-22

Provencher, Véronique. Mesurer à tout prix : a-t-on perdu confiance en notre jugement ? /23-25

Sophie L. Témoignage : » Et que j'ai bien fait de venir rester ici...on mange bien, je suis comme à l'Hôtel et en plus, vous ne vous inquiétez plus pour moi... (Mère de Sophie L.) /28-29

Vol.19, 2. Tous concernés par les personnes âgées et leurs proches

Beaudet, Line & Ducharme, Francine. Les enjeux familiaux de la maladie de Parkinson : saurons-nous relever les défis ? /4-9

Bélanger, Louise & Wanis, Linda. La confusion

en centre hospitalier : victimes, interventions et intervenants multiples /10-19

Thorn, Karine & Ducharme, Francine. Perception de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer du soutien reçu dans les périodes précédant et suivant le diagnostic /21-26

Soucy, Olivette. J'ai lu : Gendron, Marie (2008) Le mystère Alzheimer : l'accompagnement, une voie de compassion, Éditions de l'HOMME, 317 pages /27-28

2009

Vol. 20, 1. Des interventions à privilégier

Ouellet, Suzanne. Les besoins-obstacles des aidants familiaux en soins palliatifs et leurs attentes envers les professionnels de la santé face à ces besoins /5-7

Etheridge, Francis, Hallé Philippe, Alejandra-Lynch, Maria & Beaulieu, Marie. Décider de travailler auprès des aînés : représentations d'étudiants de profession relationnelles /8-16

Bolduc, Louis, Senneville, Johanne, Leblanc, Johanne & Bouchard Jean-Pierre. Utilisation de multiples stratégies afin de contrer les chutes ; expérience vécue à l'unité transitoire de soins prolongés d'un hôpital de soins aigus /17-22

Desjardins, Nathalie. Des services et ressources à la portée des personnes atteintes d'arthrite et d'arthrose/23-24

Soucy, Olivette. In memoriam : Hommage à Thérèse Darce /25

Yelle, Isabelle. J'ai lu : Doucet, Hubert (2008) Soigner en centre d'hébergement, repères éthiques, Fides, 174 pages /26-27

Saulnier, Diane. Entre Sherbrooke et Montréal, une infirmière passionnée réussit son projet de doctorat /28

Vol. 20, 2 La personne âgée en milieu hospitalier

Émard, Carolyne & Michaud, Cécile. L'expérience de la planification du congé hospitalier vécue par des conjointes de patients MPOC en suivi systématique de clientèle /3-10

Lafrenière, Sylvie & Dupras, Annik. Le projet OTIMAH du CHUM : comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus /11-15

Lachapelle, Manon. L'application du processus spécifique de soins à une personne âgée ayant subi un traumatisme cranio-cérébral léger (TCCL) : l'histoire de Madame Jolicoeur /16-23

Yelle, Isabelle. J'ai lu : Paquet, Mario (2008) Entretien avec une aidante « surnaturelle », Autonome s'émène pour prendre soin d'un proche à domicile. PUL, 143 pages

2010

Vol.21, 1. Connaissances et planification, gages de soins de qualité

Bourbonnais, Anne. Les sens des cris de personnes âgées vivant avec une démence /3-10

Rouleau, Geneviève, Côté José & Saulnier, Diane. Avoir 50 ans et vivre avec le VIH /11-18

Chiar, Stéphanie. La planification du congé de la personne âgée hospitalisée et son retour à domicile /20-30

Martin Guylaine. Baluchon Alzheimer : démocratisation du service /31-32

Vol.21, 2 Le bien-être des aînés : préoccupation constante

Bilodeau, Édith & Chouinard, Christine. Utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée /2-9

Nago, Humbert & Morin, Nathalie. Le rôle « invisible » des grands-parents québécois auprès de l'enfant gravement malade hospitalisé ou en fin de vie : dans le cadre d'une recherche qualitative franco-suisse-québécoise. /10-16

Équipe de rédaction. Succès du Montréal Cognitive Assessment (MOCA) /17

Tremblay, Lucie, Lavoie Brigitte, Robidoux, Joanie & Chiasson, Carl. Le modèle Planetree pour une plus grande humanité en soins de longue durée /18-23

Gagnon, Stéphane. Nouvelles formations sur l'intervention auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer /24-25

2011

Vol.22, 1. La fin de la vie

Lesage, Émilie, Ducharme, Francine & Francoeur, Louise. Améliorer la qualité des soins aux mourants en centre d'hébergement et de soins de longue durée en répondant au besoin d'insécurité des proches /2-8

Hall, Sylvie, Legault, Alain & Côté, Josée. La fin de vie des personnes vivant avec la MPOC /9-15

Ouellet, Nicole & Papillon, Marie-Josée. Évaluation d'un programme structuré de sevrage des benzodiazépines : une intervention infirmière /16-21

Mélissinos, Hathryn. Élargir le réseau social intervention auprès des proches aidants en soins palliatifs à domicile /22-26

Coulombe, Alain. Les maisons de soins palliatifs : des lieux accueillants /27-28

Grégoire, Maryse. Outils cliniques destinés aux patients et à leur famille /30-32

Moubarac, Jean-Claude. Le développement de la recherche infirmière pour la prévention du suicide chez les aînés : une initiative du Réseau Québécois

de Recherche sur le Suicide /33-34

Bleau, Huguette. J'ai lu : Montigny de, Johanne. Quand l'épreuve devient vie. Ed, Médiapaul. 304 pages /35-36

Vol.22, 2 Le suicide chez les aînés

Gros, Catherine, Weight, David, Mulvogue, Tamsin & Jarvis, Sacha. Les interventions infirmières bénéfiques : le point de vue des patients à risque de suicide /3-11

Sheehan, Michael. Le suicide chez les aînés /12-14

Soucy, Gervais. Le suicide...une affaire principalement d'hommes /15-16

Bourbonnais, Louise. La vie avec l'aphasie : une association peut aider la personne aphasique /17-19

Legault, Alain. Le suicide assisté est-il une façon d'exercer son droit de mourir dans la dignité ? /20-26

Beauvais, Louise & Corbeil, Danielle. La prévention du suicide chez les personnes âgées : s'outiller pour intervenir /26-30

Grégoire, Maryse, Bourgeault, Patricia & Grondin Frédéric. La douleur : pour un meilleur soulagement possible. Outils cliniques destinés aux professionnels des soins infirmiers et feuillet d'information destiné aux patients et leur famille /31-36

Bleau Huguette. J'ai lu : Protégez-vous - Guide pratique - Aide aux aînés, IUGM, 88 pages/37-38

2012

Vol.23, 1. Immigration et vieillissement

Lagacé, Anne-Marie. Le don d'organes et de tissus dans un contexte multiculturel /3-8

Provencher, Caroline. Significations attribuées au cancer du sein et à son dépistage par des femmes provenant de groupes ethnoculturels différents et nés hors Canada /9-16

Rachédi, Lilyane & Soumya Tamouro. Immigration et deuils : des réalités complexes, une nécessaire adaptation des services et des interventions /17-24

Grégoire, Maryse, LeBlanc, Louise & Laplante, Patrice. La mobilité sécuritaire des personnes âgées hospitalisées : feuillets d'informations destinés aux patients et leurs familles /25-30

Petit, Olivier. Le bien-être à domicile grâce au bénévolat /31-32

Saulnier, Diane. L'AQIIG et la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille : un partenariat fructueux /33

Soucy, Olivette. J'ai lu : Senneville, Johanne (2012) Alzheimer : la réalité des couples vivant à domicile /34-35

Vol.23, 2 Les maladies chroniques : améliorer le bien-être

Dion, Rosalie & Ducharme, Francine. Les interactions sociales entre les proches aidants et leur parent souffrant de démence et d'errance en centre d'hébergement /3-10

Grégoire, Maryse, Laplante Patrice & Proulx, Martine. « Des ouvertures sur le monde malade ». Évaluation qualité sur la prévalence de l'utilisation de sondes et solutés en lien avec les risques d'infection et d'inconfort associés chez la clientèle nouvellement hospitalisée en médecine générale /11-17

Bleau, Huguette & Lagüe, Nathalie. Quand l'art contemporain s'installe en établissement de santé : l'expérience du CHSLD Providence Notre-Dame de Lourdes /18-21

Decoste, Louis-Marie. Vivre en sécurité dans une résidence privée /21-22

Brousseau, Jean-Yves. 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)/22

Leblanc, Viviane. Des pieds en santé, gage de confort /23

Thorn, Karine. J'ai lu : Poirier, Jude & Gauthier, Serge (2011) La maladie d'Alzheimer : le guide, Ed. Trécaré.

2013

Vol.24, 1. La santé mentale

Martin, Philippe & Tannanbaum, Cara. Impact de certains médicaments sur la mémoire /3-9

Ouellet, Christine. Trouble cognitif léger et symptômes neuropsychiatriques /10-15

Voyer, Philippe, Cyr, Nancy, Gaudreault, Agnès & Viens Chantal. Réorganiser les soins en milieu d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants /16-22

Hodgson, Pamela, Pritzker, Rachel & Towers, Anna. Le lymphoedème, un problème de santé /13-25

Ducharme, Francine, Dubé, Véronique & Saulnier, Diane. MeSSAGES : Un programme psychoéducatif pour les proches aidants offert gratuitement sur le WB /26-29

Équipe de rédaction, J'ai lu : Amyot, Arthur, Des Groseillers, René. Vivre avec un proche qui vieillit (2011) /30

Vol. 24, 2. Les soins spirituels

Mailhot-Bisson, Didier & Michaud, Cécile. Exploration du rôle de soutien et de conseil de l'infirmière clinicienne spécialisée en gériatrie œuvrant en soins de courte durée /3-9

Lévesque, Line. L'accompagnement spirituel

de personnes atteintes de déficits cognitifs : exploration de l'approche sensori-émotionnelle /10-19

Fortin-Villeneuve, Jeanne & Tapp, Diane. Des soins qui font du bien à l'âme et au corps en fin de vie /20-26

Babin, Claire & Lafrance, Lorraine. SKYPE : un moyen innovateur de réduire l'isolement des personnes âgées vivant en institution /27-28

Simard, Priscilla & Goy, Noëlle. La dans pour aider l'âme à s'envoler (Vidéo : Le papillon blanc danse) /29

Marie-Reine Les Alcoolique anonymes : plus jamais seul (e) /3032

Leroux, Julie. J'ai lu : Voyer Philippe (2013) 2^e édition. ERP

2014

Vol.25, 1. Soins aux personnes âgées : approches complémentaires

Héту, Régine. « Main dans la patte » : la zoothérapie pour réduire l'isolement social d'aînés aux stades avancés de la démence de type Alzheimer / 6-18

Bongel, Annie. La physiothérapie et l'ostéopathie, des services professionnels auprès de la population gériatrique (Première partie : la physiothérapie/ 20-24

Garceau, Marie-Pier. La physiothérapie et l'ostéopathie, des services professionnels auprès de la population gériatrique (deuxième partie : l'ostéopathie /2527

Vinet, Florence. La Belle Visite : créer des liens pour se souvenir /28-35

Martin, Guylaine. Baluchon Alzheimer a 15 ans /35-37

Thibeault, Linda. J'ai lu : Fortinash, Katleen M & Holoday, Worret, Patricia (2013). Soins infirmiers, santé mentale et psychiatrie. Trad. Page, Claire, Bonin, Jean-Pierre & Houle, Dominique /38

Vol.25, 2 Les problèmes de santé chroniques : prévention et soins complexes

Pilote, Bruno. Une approche intégrée dans la prévention et la gestion des maladies chroniques auprès des personnes âgées /6-14

Lussier, Johanne. La guérison d'une brûlure de radiothérapie reconnue comme non guérissable /15-21

Cormier, Denis. Piste d'actions pour mieux tenir compte des réalités des personnes aînées lesbiennes, gaies, bisexuelles et transidentitaires (LGBT) /22-29

Gueye, Bineta. Les proches aidants d'aînés : entre générosité et risques d'épuisement /30-36

Soucy, Olivette. L'AQIIG fête ses 30 ans /37-38

Saulnier, Diane. Remise de l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG à Francine Ducharme /39

Soucy, Olivette. Remise de l'Insigne Reconnaissance de l'AQIIG à Louise Lévesque, 6 juin 2014 /40

Soucy, Olivette. En marge d'un souper conférence à Québec /41

Soucy, Olivette. J'ai lu : Paquet, Mario (2014) Prendre soin à domicile...une question de liens entre humains, PUL. 250 pages.

Conclusion

La revue La Gérotoise, n'a cessé de s'améliorer depuis sa création. Elle est un organe vital pour l'Association des infirmières et infirmiers œuvrant en gérontogériatrie. Les articles sur les recherches réalisées par les auteurs, de même que les expériences cliniques vécues dans les milieux de soins, sont des informations précieuses pour les intervenants de cette discipline qui s'est grandement développée au cours des ans.

L'AQIIG est convaincue d'avoir contribué à l'amélioration continue de la qualité des soins aux personnes âgées du Québec. La Gérotoise a mis de l'avant et fait connaître les principaux acteurs infirmiers à la source de cet important vecteur qu'est la transmission des soins gérontologiques, mission première de l'Association. Au nom des membres du Conseil d'administration de l'Association, nous remercions chacune et chacun des auteurs pour leur précieuse collaboration.

Équipe de rédaction

Marie-Claude Hofner et Nataly Viens Python (2014) *Violences domestiques : Prise en charge et prévention*. Presses polytechniques et universitaires nomades, (PKUR), 133 pages.

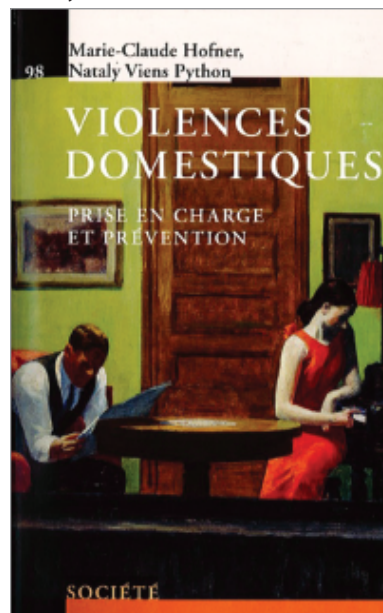
Ce livre, écrit par deux auteures travaillant en Suisse dans le domaine de la santé publique, un médecin et une infirmière, décrit les violences domestiques pratiquées sur tous types d'individus, autant envers les conjoints, les enfants qu'à l'endroit des parents âgés. Il expose les interventions réalisées pour corriger la situation, de même que plusieurs correctifs appliqués dans le but de contrer ce phénomène.

Les auteures affirment que les violences familiales ne sont généralement pas dénoncées par les victimes ; la peur et les risques de représailles ou de contrôle inhibent toute réaction. Pour les grands-parents, les menaces vont de « ne plus revoir tes petits-enfants ; d'être placé », jusqu'à « ne plus habiter chez un des enfants car, ça coûte trop cher à loger et à nourrir ». Toutes ces intimidations sont gardées sous silence par les personnes âgées.

Traiter ces violences domestiques, nous disent les auteures, devient une affaire de santé publique. Non déclarée jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle, cette situation est maintenant considérée comme prioritaire, eu égard au nombre de personnes qui la subissent et qui consultent aux urgences. Déjà difficile à identifier dans ces derniers milieux, elle l'est davantage à domicile, en particulier pour les gens âgés. Les auteures nous rappellent qu'il faut bien outiller les professionnels afin qu'ils puissent identifier le véritable problème auquel ils font face.

La situation vécue en Suisse rappelle la réalité canadienne et québécoise. D'ailleurs, mesdames Hofner et Python présentent une étude canadienne réalisée en 2012 qui fait état de 12% à 13% de maltraitance envers les personnes âgées (Yaffe, H.J et Tazkarb, B. 2012.) Elles signalent également le travail entrepris par le gouvernement québécois en matière de lutte contre la maltraitance (Gouvernement du Québec,

2012).



La prévention de la violence est difficile à réaliser, tant il est vrai qu'il est compliqué de la déceler et qu'elle n'est pas déclarée spontanément. De l'avis des auteures, si chaque citoyen était sensibilisé à la réalité des actes de violence domestique, on pourrait arriver à les prévenir et à en faire une affaire de santé publique.

Références


Yaffe, M.J, et Tazkarb, B., (2012) Comprendre la maltraitance des aînés en pratique familiale, *Le médecin de famille canadien*, 58, 692-698

Gouvernement du Québec (2012) *Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*. Direction des communications du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Direction des communications du ministre de la justice.

Les auteures


Marie-Claude Hofner est médecin en santé publique et associée à l'Unité de médecine des violences du Centre Hospitalier universitaire vaudois. Ce dernier représente la Suisse au sein du réseau « *European ministry of health national focal persons for violence and injury prevention* » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Nataly Viens Python est infirmière, spécialisée en santé publique. Elle a fait ses études à l'Université du Québec à Rimouski et à l'Université Henri Point Carré à Nancy. Elle est actuellement doyenne de la recherche à l'Institut et Haute École de la santé la Source à Lausanne et professeure associée à l'Université du Québec à Rimouski.



CHARLAND + GAMACHE
SERVICES CONSEILS, SOINS DE SANTÉ inc.


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

FORMATIONS ACCRÉDITÉES ET UNITÉS D'ÉDUCATION CONTINUE OCTROYÉES 

FORMATIONS OFFERTES

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

CONSULTEZ NOTRE SITE INTERNET RÉGULIÈREMENT POUR LES FORMATIONS DISPONIBLES!

T 1-855-806-2089 CHARLANDGAMACHE.COM 

Une gériatre et chercheuse d'exception récompensée par le Y des femmes

À l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées, le 1er octobre dernier, l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal souligne que la gériatre Dre Cara Tannenbaum a obtenu le prix Femme de mérite du Y des femmes, catégorie Santé.

La Dre Cara Tannenbaum est gériatre praticienne et directrice de la Clinique de continence urinaire de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Elle est également professeure à la Faculté de médecine et à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur l'optimisation des soins pharmaceutiques, les liens entre les médicaments, le cerveau et la vessie chez les femmes, les stratégies d'auto-prise en charge pour améliorer sa santé, les indicateurs et l'état de santé mentale, ainsi que l'analyse spécifique à chaque sexe.

Depuis 2008, Dre Tannenbaum est titulaire de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement. Elle a été nommée directrice scientifique de l'Institut de la santé des femmes et des hommes des IRSC à l'automne 2014. Dre Tannenbaum dirige actuellement un essai clinique international contrôlé et randomisé intitulé «Dare To Age Well for Women».

(Source : Institut universitaire de gériatrie de Montréal)

Collaboratrice à La Gérontoise



Dre Tannenbaum a publié dans *La Gérontoise* Vol. 24, 1, 2013 *La santé mentale*, en collaboration avec Philippe Martin, pharmacien, un article intitulé *Impact de certains médicaments sur la mémoire*. La recherche entreprise avait pour but d'examiner les preuves accumulées pour tenter de déterminer le rôle que peuvent jouer certains médicaments sur la fonction cognitive. Elle est également bien connue pour ses travaux sur l'incontinence urinaire.

L'Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie se joint à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pour féliciter chaleureusement Dre Cara Tannenbaum.

Programme et services pour les aînés 2015-2016



Le Ministère du travail, de l'Emploi et de la Solidarité a publié un document intitulé *Programmes et services pour les aînés 2015-2016*.

Ce guide pratique donne une vue d'ensemble de plus de 60 programmes gouvernementaux québécois offerts aux personnes âgées, notamment en matière de santé, de logement, de maintien à domicile, de revenu et d'impôt. Cet outil aborde des préoccupations quotidiennes des personnes âgées. Par exemple, on y traite d'allocation au logement pour les aînés à faible revenu, de service d'aide domestique ou de crédit d'impôt pour aidant naturel. Le guide présente également la mission et les coordonnées de plusieurs organismes susceptibles d'être utiles aux aînés.

Une version électronique est accessible dans Portail Québec, à l'adresse www.citoyens.gouv.qc.ca

Des guides, en version papier, peuvent être obtenus dans les bureaux de Services Québec et aux Publications du Québec



Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Offre des formations continues adaptées aux besoins des intervenants oeuvrant auprès d'une clientèle âgée.

Plus de 100 formations offertes à des prix des plus compétitifs!

Pour obtenir la liste complète des formations:
www.cevq.ca/formation-continue
cevq.enseignement.cha@ssss.gouv.qc.ca
(418) 682-7511 # 84838 ou # 84432



Ateliers (7 h)

- L'examen clinique de l'aîné (abdomen, cardiaque, chute, état mental, pulmonaire, sommaire...)
- Les soins de plaies chez l'aîné
- Développer et maintenir le leadership transformationnel
- Soins palliatifs aux personnes âgées en centre d'hébergement
- L'approche adaptée à la personne âgée
- Soins d'assistance gériatriques pour PAB experts *
- Le délirium : le prévenir, le détecter et le traiter *
- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement *
- Les troubles de la personnalité chez la personne âgée;

Visioconférences (3 h 15)

- Dépression gériatrique et suicide
- L'approche adaptée à la personne âgée
- La maladie de Parkinson : mieux connaître et mieux comprendre pour mieux aider, soutenir et accompagner
- Dépister et évaluer la douleur chez les personnes âgées *
- Prédiction de la maladie d'Alzheimer chez les personnes présentant un déclin cognitif subjectif *
- Code blanc, situation de crise ou comportement d'agressivité extrême : comment intervenir auprès de la personne âgée atteinte de démence *

✓ Toutes nos formations sont accréditées par la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval



* Nouvelles formations offertes



Pour toute communication avec l'AQIIG

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

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

Membres du Conseil d'administration 2015-2016

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

Huguette Bleau, vice présidente
Directrice régionale, région Laval-Laurentides-Lanaudière - Groupe Champlain
hbleau.champlain@ssss.gouv.qc.ca
450 432-3100 poste 313

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

Céline Lagrange, trésorière
clag02@hotmail.com
514 522-0744

Julie Leroux, administratrice
Infirmière-chef d'unité de vie Résidence Angelica
julie.leroux.ange@ssss.gouv.qc.ca
514 324-6110 poste 821

Danielle Milot, administratrice
Conseillère en soins infirmiers et en gestion des risques, Résidence Angelica
danielle.milot.ange@ssss.gouv.qc.ca
514 324-6110 poste 286

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

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

À la recherche d'auteurs

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

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

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

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

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

Courriel de l'Association : info@aqiig.org

AQiiG 

Association québécoise
des infirmières et infirmiers
en gériologie

